IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SEZIONE PRATICA

Vol. XXVIII — Anno 1921

ROMA

N. 14 - Via Sistina - N. 14

—

1921

COLLABORATORI EFFETTIVI
DELLA SEZIONE PRATICA
per il 1920.

Aiello dott. Giuseppe - Vienna.
Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Almasio dott. Paolo - Torino.
Amantea dott. Fausto - Roma.
Amati prof. Alfredo - Napoli.
Andalò dott. Luciano - Bologna.
Angeli dott. Aurelio - Imola.
Angeli dott. Rodolfo - Roma.
Angelini dott. Arnaldo - Frosinone
Aresu dott. Mario - Cagliari.
Arnavas dott. Giuseppe - Spezia.
Arrigoni dott. Costanzo - San Zenone al Po.
Arrigoni dott. Prospero - Bergamo.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascarelli prof. Attilio - Roma.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Attilj dott. Sordello - Roma.
Auriti dott. Filippo - Roma.
Baffoni Luciani prof. Filiberto - Roma.
Balduzzi dott. Attilio - Alghero.
Banchieri dott. Emanuele - Sampierdarena.
Bani dott. Ugo - Roma.
Barduzzi prof. Domenico - Siena.
Barzilai dott.sa Gemma - Roma.
Basile prof. Carlo - Roma.
Battaglia prof. Mario - Napoli.
Benedettelli dott. Ernesto - Roma.
Bersani dott. Iginio - Cuneo.
Bertani dott. Tomasulo - Napoli.
Bianchi prof. Gino - Parma.
Biffis prof. Pietro - Torino.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Bilotta dott. Vincenzo - Pizzo.
Bini dott. Guido - Roma.
Bivona dott. Santi - Menfi.
Blueh dott.ssa Elena - Roma.
Bolaffio prof. Michele - Roma.
Borelli dott. Edoardo - Genova.
Bosisio dott. R. - Sassari.
Bruni dott. Felice - Ceccano.
Caforio prof. Luigi - Napoli.
Calcaterra prof. C. - Pavia.
Candido dott. Gennaro - Lecce.
Caminiti-Vinci prof. Giovanni - Messina.
Capogrossi prof. Achille - Ascoli Piceno.
Capuani dott. Gianfranco - Chignolo Po.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Carossini dott. Giovanni - Firenze.
Carruccio prof. Mariano - Roma.
Casati prof. Eugenio - Ferrara.
Cassinis dott. Ugo - Roma.
Cassuto dott. Augusto - Roma.
Cataldi dott. Pasquale - Roma.
Catterina prof. Attilio - Genova.
Caucci dott. Alberto - Ancona.
Cavazza dott. Ernesto - Modena.
Cecchetelli-Ippoliti dott. Tullio - Roma.
Cernezzi prof. Aldo - Pavia.
Cesetti dott. Pietro - Roma.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chiesa dott. Giuseppe - Udine.
Chinigò dott. Angelo - Forlì.
Chistoni prof. Alfredo - Napoli.
Cignozzi prof. Oreste - Grosseto.
Cingolani dott. Ermogene - Vergato.
Ciotola dott. Alberto - Roma.
Ciulla prof. Mario - Palermo.
Comino dott. Edmondo - Torre Mondovì
Condorelli dott. Luigi - Roma.
Cornacchione dott. Raffaele - Picerno.
Corradi dott. I. - Verona.
Coscera dott. Aldo --Pisa.
Costa dott. Pietro - Firenze.
Cuccia dott. Vito - Palermo.
Curatolo dott. Francesco - Roma.
De Angelis dott. Giovanni - Bologna.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
De Porenta dott. Renato - Trieste.
Del Vecchio dott. Pasquale - Pignataro Maggiore.
De Sanctis dott. Tito - Roma.
De Tommasi dott. Pietro - Roma.
De Toni dott. Giovanni - Padova.
De Villa prof. Salvatore - Roma.

Dian prof. Antonio - Venezia.
Diez prof. Salvatore - Roma.
Di Pace dott. Ignazio - S. Marco in Lamis.
Dominici prof. Leonardo - Roma.
Dorello prof. Primo - Roma.
Doria dott. Raimondo - Roma.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Ducrey dott. Cesare - Roma.
Egidi prof. Guido - Roma.
Fagiuoli prof. Antonio - Verona.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Falzi dott. Ormisda - Verona.
Fasani-Volarelli prof. Francesco - Siena.
Fatichi dott. Giuseppe - Firenze.
Feliciangeli dott. Guido - Roma.
Ferraresi prof. Oreste - Roma.
Ferrarini prof. Guido - Pisa.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Formiggini dott. Benedetto - Castel S. Giovanni.
Fornara dott. Pietro - Novara.
Francioni prof. Carlo - Bologna.
Fumarola prof. Gioacchino - Roma.
Gaifami prof. Paolo - Roma.
Galatà dott. Guglielmo - Roma.
Gandolfi dott. Decio - Cadeo.
Gasbarrini prof. Antonio - Pavia.
Genoese dott. Giovanni - Roma.
Gentile dott. Nicola - Roma.
Genuardi dott. Giuseppe - Roma.
Ghilarducci prof. Francesco - Roma.
Giannelli prof. Augusto - Roma.
Giglio dott. A. - Roma.
Gilberti dott. Pietro - Clusone.
Giorcelli dott. Attilio - Valle Lomellina.
Giordano dott. Giuseppe - Roma.
Giorgi dott. Giorgio - Roma.
Gioseffi prof. Mauro - Parenzo.
Golini dott. Oreste - Venezia.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Guerricchio dott. Antonio - Napoli.
Indelli dott. Antonio - Bozzolo.
Ilvento prof. Arcangelo - Roma.
Izar prof. Guido - Catania.
Jona prof. Giuseppe - Venezia.
Leotta prof. Nicola - Roma.
Levi della Vida prof. Mario - Roma.
Lollini dott.sa Clelia - Roma.
Losio prof. Livio - Carate Brianza.
Lovero dott. Nicola - Napoli.
Lucri dott. Tito - Sarzana.
Lurà prof. Angelo - Mantova.
Luridiana dott. Pietro - Sassari.
Lussana dott. Felice - Bergamo.
Magaudda dott. Paolo - Messina.
Maggesi dott. Bruno - Imola.
Maggiore prof. Luigi - Roma.
Mancioli prof. Tommaso - Roma.
Mantelli dott. Candido - Torino.
Mantovani dott. Mario - Bologna.
Marchiafava prof. Ettore - Roma.
Marcora prof. Ferruccio - Roma.
Marrassini prof. Alberto - Ferrara.
Marengo dott. G. - Genova.
Martelli dott. Pier Nello - Grosseto.
Martinelli dott. Alfredo - Tirano.
Martiri dott. Adolfo - Firenze.
Masci dott. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Matronola dott. Girolamo - Tolentino.
Mazzolani dott. Domenico Antonio - Tripoli.
Mazzone prof. Federico - Firenze.
Mazzoni dott. Luigi - Firenze.
Meineri dott. Pier Angelo - Torino.
Meldolesi dott. Gino - Roma.
Mendes prof. Guido - Roma.
Menghetti dott. Silvano - Perugia.
Merolillo dott. Giuseppe - Camigliano.
Micheli prof. Cesare - Roma.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Miliani dott. Antonio - Firenze.
Minerbi prof. Cesare - Ferrara.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Mondolfo prof. Emanuele - Pisa.
Montefusco prof. Alfonso - Napoli.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Morgante dott. Luigi - Grotte.
Morselli prof. Enrico - Genova.

Moschini dott. Cesare - Pederobba.
Mosconi dott. Filippo - Roma.
Motta dott. Giovanni - Catania.
Nardelli prof. Giulio - Roma.
Niola dott. Salvatore - Treporti di Burano.
Oliaro dott. Guglielmo - Torino.
Ottolenghi prof. Salvatore - Roma.
Ovazza dott. Vittorio Emanuele - Roma.
Padovani prof. Gaetano - Ferrara.
Palumbo dott. Vincenzo - Firenze.
Pansera dott. Giuseppe - Bergamo.
Pansini dott. Giovanni - Montottone.
Pantaleoni dott. Pio - Forlì.
Pediconi prof. Pio - Roma.
Pentimalli prof. Francesco - Napoli.
Pergher dott. Leopoldo - Trento.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Perilli dott. Giovanni - New York.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna
Pieri prof. Gino - Roma.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pleth dott. V. - S. Francisco.
Pirondini prof. Eugenio - Roma.
Pittarelli dott. Emilio - Chieti.
Pollacci prof. Giuseppe - Palermo.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Porru dott.sa Carlotta - Sassari.
Prebil dott.sa Maria - Viterbo.
Preti prof. Luigi - Milano.
Provera dott. Cesare - Intra.
Puccioni prof. Giuseppe - Roma.
Pulvirenti dott. Salvatore - Roma.
Radogna dott. Giuseppe - Roma.
Ranucci dott. Felice - Roma.
Regoli dott. Giulio - Siena.
Ricci prof. Omero - Roma.
Roasenda dott. Giuseppe - Torino.
Romanelli dott. Enzo - Napoli.
Ronchi dott. Armando - Roma.
Ronco dott. Marcello - Pineta di Sortenna.
Rosica dott. Alfredo - Chieti.
Rossi prof. Ottorino - Sassari.
Rusca dott. Paolo - Roma.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Salazar dott. L. - Cagliari.
Sala dott. Armando - Ronciglione.
Salvetti dott. Guglielmo - Torino.
Salvolini dott. Urbano - Ancona.
Sanguinetti dott. Angelo - Bologna.
Saraceni prof. Filippo - Roma.
Sberna prof. Sebastiano - Firenze.
Scelba dott.sa Maria - Roma.
Sclavo prof. Achille - Firenze.
Scorza dott. G. - Catania.
Sebastiani prof. Antonio - Roma.
Segagni prof. Siro - Torino.
Senigaglia dott. Augusto - Roma.
Sigurtà dott. Giov. Batt. - Milano.
Silvestri dott.sa Margherita - Roma.
Silvestri prof. Silvestro - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Simonini prof. Riccardo - Modena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Stretti prof. Giov. Batt. - Bologna.
Tenconi dott. Ambrogio - Varese.
Tilli dott. Pietro - Gessopalena.
Timpano dott. Pietro - Cotrone.
Tocco prof. Luigi - Messina.
Tommasi-Crudeli prof. Corrado - Roma.
Torchi dott. Egidio - Bologna.
Trenti dott. Enrico - Roma.
Trogu dott. Gaetano - Cremona.
Vaccari dott. Luigi - Modena.
Vallardi prof. Carlo - Milano.
Vecchia dott. Enrico - Trevlazer (Albania).
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Veronese dott. Leopoldo Dino - Padova.
Vetri dott. Angelo - Castrogiovanni.
Vigo avv. Alberto - Roma.
Vinci prof. Gaetano - Messina.
Viola dott. Francesco - Torino.
Waltan dott. Ottone - Genova.
Zamorani dott. Vittore - Genova.
Zambler dott. Adelchi - Padova.
Zanotti dott. Pietro - Frassinoro.
Zapelloni prof. Lorenzo Cesare - Roma.
Zuccola prof. Pier Francesco - Cuneo.

INDICE GENERALE

Vol. XXVIII - 1921

Indice per rubrica

CONTRIBUTI ORIGINALI VARII.

CONFERENZE E LEZIONI.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE
QUESTIONI DEL GIORNO
DALLA PRATICA, PER LA PRATICA.

Pag.

IGIENE E MEDICINA SOCIALE.

COMMENTI - NOTE POLEMICHE. RIVENDICAZIONI.

STORIA DELLA MEDICINA.

DIVAGAZIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NOSTRE CORRISPONDENZE.
LITORA ALIENA.

Indice alfabetico delle Materie

C

D

E

F

H

I

M

O

P

S

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

ANNO XXVIII Roma, 3 Gennaio 1921 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per il 1921.

Ai Medici Italiani,

Entrando ormai nel suo XXVIII anno di vita, il «Policlinico», che ha tenuto fede costante al suo programma di servire al medico pratico nell'esercizio completo dell'arte sua, e cioè, così al letto dell'infermo, come nei sempre più complessi rapporti sociali, potrebbe rinunziare a esporre ancora un programma per l'anno 1921: tutti i medici d'Italia sanno con quale solerzia li tiene al corrente di quanto di meglio si produce nel campo scientifico, con quanto amore sostiene i loro interessi in ogni campo dell'attività loro.

La necessità del programma non proviene dalla consuetudine; promana dalla intima costituzione del nostro periodico, dallo spirito stesso che ha informato tutta la sua vita e ne ha favorito l'evoluzione, rendendolo senza contestazione non solo il più diffuso, ma anche il più accreditato periodico medico italiano. Gli è che il «Policlinico» ha sempre vissuto la vita del medico italiano: non ha soltanto accompagnato il medico nelle difficoltà del cammino; lo ha per lo più preceduto, sorretto, lo ha spesso illuminato e guidato.

La Redazione e l'Amministrazione hanno fatto ogni sforzo e sacrificio durante la grande guerra di unificazione della nostra Italia, e sopratutto in questo tormentato e difficile dopo guerra, per adattare il contenuto alle esigenze del momento, per mantenere la regolarità della pubblicazione, per seguire il movimento della vita scientifica e professionale tra noi e all'estero.

Purtroppo la vigilia della pace è stata per l'Italia più faticosa e dura che non la vigilia della guerra, più penosa forse che non la stessa guerra per il malessere, creato dalle insidie internazionali e dai dissidii interni, e fomentato dalle tristi condizioni economiche.

Oltre due anni di terribili peripezie hanno minacciato di esaurire le forze del nostro disgraziato Paese, che pure ha promosso ed assicurato la vittoria dei principî di libertà nel mondo.

Mentre la pace sta per concludersi con gli stranieri, si manifestano sintomi anche di pacificazione interna; l'Italia con il suo largo umanistico positivo senso politico, prende parte direttiva nei Consessi internazionali.

Speriamo cominci l'èra della riparazione sui flagelli che alla guerra sono seguiti.

Con questa speranza nel cuore, noi vogliamo iniziare il prossimo anno. E confidiamo che nella coscienza più sicura delle virtù della nostra stirpe, anche la medicina italiana, nelle lotte più nobili per il progresso scientifico, prenda la posizione che il genio del passato e la tenacia del lavoro le assicurano. Noi siamo fieri di contribuire a questi intenti, aprendo le porte agli studiosi d'ogni scuola. Promettiamo bensì di scegliere con il più severo discernimento, ma con largo criterio, il fiore della produzione straniera per farlo con esattezza e rapidità conoscere agli Italiani come lievito del progresso nostro; ma specialmente desideriamo il contributo delle scuole italiane per diffonderlo fra noi, che ci apprezziamo troppo poco, per diffonderlo all'estero ove la produzione italiana comincia ad essere ricercata e tenuta in pregio.

A tale opera di affratellamento nazionale e di valorizzazione internazionale il «Policlinico» sente e sa di avere molto contribuito; ma molto più vuole e sa di poter contribuire con il credito acquistatosi e con il grande numero di abbonati.

Cresceremo le Riviste sintetiche sugli argomenti che a mano a mano accaparrano l'attenzione degli studiosi e rinnovano di continuo la medicina.

Non siamo nè paghi del successo, nè ancor soddisfatti dell'opera nostra.

Dirigiamo fervida preghiera ai nostri professori che non vogliano limitare i beneficî dei loro insegnamenti nella cerchia dei loro studenti, ma si compiacciano di spargerli nel grande ambito dei medici italiani che li invocano: ogni sollecitudine noi promettiamo ai maestri che onorano le cattedre d'Italia, perchè cedano al desiderio di coloro che furono allievi e amano non perdere il contatto con la scuola che li formò, e preferiscono acquistare nuove conoscenze traverso l'elaborazione delle menti nostrane, piuttosto che nell'opera di scrittori stranieri.

In quest'aspirazione che traiamo dal vivo della coscienza degli affezionati amici del « Policlinico », noi troviamo il fondamento per progredire ancora e sempre con la cooperazione di tutte le scuole italiane, con la coesione di tutte le categorie di medici, con la fusione di tutte le energie della vecchia e della redenta Italia.

La concordia assicura sempre la vittoria alle genti italiche. Il « Policlinico » vi porta non solo l'augurio ed il buon volere, ma la forza del lavoro e la virtù del sacrificio. Tutti i Medici Italiani lo aiutino.

LA REDAZIONE.

Due vie si aprivano all'Amministrazione del « Policlinico » per affrontare le aspre difficoltà inerenti allo straordinario rincaro della carta e della mano d'opera tipografica nonchè all'incremento continuo delle spese generali: ridurre in modo notevole il numero delle pagine ovvero accrescere i prezzi d'abbonamento.

La prima soluzione è stata risolutamente scartata, perchè avrebbe significato compromettere il valore pratico, il prestigio e il credito del giornale.

Mentre la vita scientifica riprende ovunque con slancio la sua febbrile attività, mentre le conquiste compiute dalla medicina durante la guerra vengono sottoposte a revisione e se ne preparano e se ne compiono ogni giorno di nuove, mentre la vita professionale si ridesta e le si parano innanzi vasti problemi prima neppure sospettati, che investono tutta la vita sociale, non era possibile costringere in un numero ristretto di pagine l'immenso materiale che ormai alimenta il nostro periodico. Ciò sarebbe stato incompatibile con le esigenze dei nostri lettori e con quelle della redazione.

Per accogliere con liberalità il copioso materiale che affluisce alla redazione, per rispecchiare con fedeltà, nelle molteplici rubriche delle recensioni, il movimento scientifico e clinico dell'Italia e dell'Estero, per far posto ai nuovi problemi economici e medico-sociali, abbiamo anzi dovuto aumentare gradatamente, in questi ultimi tempi, il numero delle pagine.

Il successo del « Policlinico » si è sempre più affermato: difatti il numero degli abbonamenti raggiunge ormai una cifra che qualche anno addietro non avremmo osato neppure sperare.

Questo risultato però si è raggiunto a spese di gravi sacrifizi, che l'Amministrazione non potrebbe più sostenere: i nostri abbonati non si sorprenderanno dunque se dobbiamo elevare il prezzo di abbonamento. Soltanto questa misura ci consentirà di mantenere il giornale all'altezza conquistata e di superarla ancora.

Teniamo a rilevare che l'aumento da noi portato è del tutto apparente ed illusorio; esso resta di gran lunga inferiore ai coefficienti di aumento della carta e delle spese di stampa; non è neppure proporzionato al rinvilio generale del denaro.

Così stando le cose, noi abbiamo ferma fiducia che i nostri lettori apprezzeranno la moderazione delle nostre richieste. Essi continueranno a darci il loro appoggio incondizionato e la loro preziosa solidarietà.

L'AMMINISTRAZIONE.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
diretto dal prof. C. MORESCHI.

Sulla determinazione della pepsina e del lab nel succo gastrico, secondo il metodo di Michaelis.

Dott. R. BOSISIO, assistente.

Michaelis, nella *Deut. Mediz. Woch.*, del 1918, propone un nuovo metodo per la determinazione della pepsina e del fermento del lab, il quale, per quanto arbitrario nello stabilire il valore di quella che egli chiama unità di pepsina e di lab, ha però il grande vantaggio di essere semplice, rapido, e di richiedere piccole quantità di succo gastrico. L'A. chiama unità di pepsina quella che è contenuta in 1 cc. del suo preparato (*Pepsinum liquidum Höckert-Michalowski* diluita ad $^1/_{50}$) e che corrisponde al succo gastrico normale diluito ad $^1/_{15}$; unità di lab, quella contenuta in 1 cc. di una soluzione in 25 cc. di acqua distillata di una tavoletta di fermento del quaglio (Merck). Il succo gastrico normale contiene in 1 cc. 125-160 unità di lab.

Non potendo avere i preparati originali, mi sono servito per le ricerche, come consiglia lo stesso Michaelis, di succhi gastrici normali diluiti 1:15 e 1:60 rispettivamente per la pepsina e per il lab, onde stabilire la quantità di fermento di controllo dei preparati a mia disposizione.

1 cc. di pepsina Armour diluita al 3 % equivale all'unità. Per il lab ho usato il quaglio del commercio, distribuito in varie bocce, conservato in ghiacciaia; 2 cc. di una soluzione all'1:500 di detto quaglio equivalgono all'unità.

All'ammalato fu somministrata la colazione di Ewald e l'estrazione fu fatta dopo un'ora dall'ingestione. L'acido cloridrico libero determinato col dimetilamidoazobenzolo fino a viraggio dal rosso al colore salmone; l'acidità totale colla fenolftaleina fino a colorazione rosso-violacea leggera e permanente.

Determinazione della pepsina. — La soluzione di pepsina Armour al 3 % deve essere rinnovata di frequente, poichè in soluzione, per quanto tenuta in ghiacciaia, perde in valore. Recentemente il Michaelis usa, tanto per la pepsina come per il lab, lo stesso campione di pepsina della fabbrica Grubler opportunamente diluito, e conservato in glicerina secondo il processo di Morgenroth, forse partendo dal concetto della identità dei due fermenti.

Come soluzione di albumina mi sono servito di urina albuminosa conservata con cloroformio che diluivo al momento dell'uso con acqua distillata portando il contenuto in albume al ½ per mille. 48 cc. di questa diluizione sono aggiunti con 28 goccie di soluzione di acido solfosalicilico al 10 %, in modo da aversi un intorbidamento con appena un leggero precipitato dopo alcuni minuti, e il liquido saggiato colla carta al rosso Congo reagisca con colorazione leggermente viola, non bleu come col succo gastrico normale.

L'esperienza si dispone così:

1°	2°	3°	4°	5°	6°	Tubi da saggio
1	1/2	1/4	1/8	1/16	1/32	di cc. di succo gastrico in esame in 1 cc. di acqua distillata.
5	5	5	5	5	5	cc. di soluzione di albumina al 0.5 per mille con acido solfosalicilico al 10 %.

Per ottenere la diluizione del succo gastrico si fanno le solite diluizioni in serie ottenendosi in tutti i tubi 1 cc. di succo diluito. In un 7° tubo si mette l'unità di pepsina e, dopo l'aggiunta della soluzione di albumina, si porta il tutto a bagnomaria per 10'; l'indicatore è rappresentato dall'acido solfosalicilico che determina un intorbidamento della soluzione albuminoidea, il quale scompare appunto per l'azione digestiva della pepsina. Si leggono allora i risultati della reazione: quel tubo più diluito che darà chiarificazione uguale a quella del tubo contenente l'unità corrisponde al contenuto in unità peptiche del succo in esame.

Per avere dei risultati più esatti, Michaelis consiglia una seconda prova partendo dal tubo che ha dato chiarificazione appena maggiore di quella del controllo:

1°	2°	3°	4°	Provetta	5°
1 cc.	0.8	0.64	0.52	della diluiz. appena superiore	Unità
—	0.2	0.36	0.48	acqua dist. per riportare a 1 cc.	Peptica
5	5	5	5	cc. di soluz. di albumina acida.	5

Le esperienze vennero sempre fatte eseguendo le due prove.

Determinazione del lab. — Il succo gastrico diluito, nel volume di cc. 2.5 e partendo da una diluizione di 1:10, è ulteriormente diluito con acqua distillata in diversi tubi fino ad 1:320. Ad ognuna delle provette si aggiungono poi cc. 2.5 di latte fresco addizionato prima con soluzione di cloruro di calcio al 10 % nel rapporto di 5 cc. di soluzione di cloruro di calcio in 45 cc. di latte (10 %). Anche nel controllo la quantità di latte è di 2.5 cc. Mettendo la serie delle provette in termostato, oppure anche a temperatura ambiente, si osserva, inclinando leggermente il supporto, quale di essi coagula contemporaneamente col tubo di controllo, oppure precede di poco.

Come per la pepsina, si può disporre una seconda serie partendo dalla diluizione che ha coagulato appena prima dell'unità e si dispone così:

Tubi di saggio	1°	2°	3°	4°	5°
Diluiz. del succo gastrico cc.	2.5	2 —	1.6	1.3	Unità
Acqua dist. per riportare a 2.5	—	0.5	0.9	1.2	di lab.
Latte, più cloruro di calcio	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5

Michaelis con questa unità di lab di controllo si mette al coperto dalle variazioni nella coagulabilità dei vari campioni di latte, evita quelle cause di errore che avevano spinto Blum e Fuld a proporre l'uso della polvere di Ekenberg, ovvero il latte scremato conservato.

Queste ragioni che militano a favore del metodo di Michaelis per il fermento del lab, valgono anche per il dosaggio della pepsina; ed invero tutti i metodi proposti dai vari autori o sono troppo complicati, o necessitano di sostanze difficili a procurarsi, o richiedono un tecnicismo troppo rigido.

Si può obbiettare che il metodo di Michaelis non dà valori assolutamente esatti, come del resto anche gli altri metodi proposti, tuttavia è più che sufficiente per essere utilizzato a scopo clinico.

Per l'albumina Michaelis fa intervenire un acido come il solfosalicilico e non neutralizza il succo gastrico prima di sottoporlo alla digestione; il vantaggio dell'aggiunta dell'acido solfosalicilico invece dell'acido cloridrico usato dai metodi precedenti, consiste non tanto nel mantenere l'ambiente della digestione acido, quanto nella sua proprietà di rendere opalescenti le soluzioni albuminoidee, opalescenza che scompare per effetto della digestione. Quindi l'acido solfosalicilico ha in questo caso anche l'ufficio di un indicatore.

Secondo la definizione di Boas si determina insieme al fermento del lab, anche lo zimogene suo, poichè si opera in presenza di sali di calcio: non tutti i fisiologi convengono in ciò, anzi sostengono che lo zimogene del lab si attivi per la presenza di acido cloridrico. Nel corso delle esperienze provai, nei casi di ipo e anacloridria, sia il succo gastrico puro, sia aggiunto di acido cloridrico fino ad averne piccole quantità libere, e non ebbi alcuna modificazione nel contenuto in pepsina nè in lab, onde è probabile che l'acidità del succo gastrico non abbia (per i piccoli valori che si hanno comunemente) alcuna influenza sullo svolgersi della reazione per il lab e per la pepsina. Per le ragioni sopradette io credo che il metodo così facile e sopratutto rapido possa contribuire molto ad analizzare più completamente parecchie gastropatie, specialmente quelle che offrono una dissociazione della secrezione cloridrica in confronto di quella dei fermenti gastrici.

La ricerca quantitativa della pepsina e del lab nel succo gastrico ha grande importanza in certe condizioni per la diagnosi differenziale tra forme organiche ed anorganiche dello stomaco e come dato che integra i risultati dell'esame chimico del succo gastrico; ha impor-

Caso N.°	HCl libero	Acidità totale	Acido lattico	Unità peptiche	Unità lab	DIAGNOSI
1	23	57 %	—	15	125	Normale
2	— 28	30 %	Pres.	—	15.6	Carcinoma gastr. (pepsina ass. anche dopo agg. HCl 28 %)
3	27	50 %	—	15.8	125	Nevrastenia
4	— 44	6 %	Pres.	—	1.5	Carcin. pilorico (pepsina ass. dopo agg. HCl 44 %)
5	23	43 %	—	16	125	Gastrite semplice
6	—	20 %	—	—	15	Febbricitante (38°.3)
7	42	48 %	—	26	40	Ulcera gastr.(ristagno)
7 bis	40	67 %	—	30	150	Ulcera gastr. (colaz. di Ewald) dopo cura dietetica prolungata
8	39	59 %	—	13.5	100	Dispepsia
9	10	42 %	—	8	153	Dispepsia
10	— 16	8 %	—	—	77	Catarro gast.
11	30	53 %	—	13	153	Catarro gastr.
12	36	65 %	—	12.5	153	Ipersecrez.,dilatazione gastrica
13	51	65 %	—	12.5	153	Ipersecrez.,dilatazione gastrica
14	— 30	2.5 %	—	—	—	Gastrect., acloridria
15	20	46 %	—	15	160	Dispepsia
16	38	66 % n	—	15	160	Normale
17	25	49 %	—	1	66	Febbricitante malaria
18	28	50 %	—	1	40	Vedi caso precedente
19	— 26.6	6.7 %	—	—	—	Acloridria e achilia
20	47	67 %	Pres.	3.1	15.6	Vedi caso precedente durante la cura
21	47	76 %	—	15	125	Nevrastenia
22	28	62 %	Traccie	15	120	Vedi caso prec. dopo 20 giorni di cura
23	30	58 %	—	15	153	Normale
24	14	51 %	Traccie	10	153	Gastroptosi
25	34	62 %	—	20	160	Gastrosucorrea
26	36	65 %	—	16	320	Uricemico
27	—	30 %	Traccie	8	160	Neoplasia gastr. (sangue pres.)
28	12	49 %	—	16	80	Gastroptosi, enteroptosi
29	26	61 %	—	6	160	Gastrectasia, gastrite
30	10	30 %	—	8	100	Malaria cronica, ipocloridria, gastroptosi
31	25	55 %	—	15	150	Normale
32	13	50 %	—	8	125	Gastroptosi
33	23	71 %	—	20	125	Gastrite acida
34	— 10	40 %	—	12.5	100	Gastroptosi
35	65	94 %	—	32	125	Ulcera gastrica

N.B. — Il segno (—) precedente il valore dell'acidità cloridrica libera indica il *deficit*.

tanza pure dal punto di vista terapeutico indicandoci un *deficit* o un eccesso cui possibilmente riparare.

Ho dosato il lab e la pepsina in ammalati di affezioni gastriche, in qualche febbricitante e anche in sani; i dati riuniti nella tabella permettono di osservare che valori alti di pepsina si hanno nelle forme di ulcera gastrica (contenuto anche doppio del normale) concordemente alle esperienze *in vitro* che dimostrano per valori alti di acido cloridrico anche una maggiore utilizzazione di pepsina (Roger). Nella gastrosucorrea, spesso caratterizzata più che da una maggiore concentrazione di acido cloridrico, da un eccesso di succo gastrico, la maggiore utilizzazione peptica non sarebbe così spiccata (Furno), ed in ciò concordano due mie osservazioni. (Vedi casi n. 25 e 33).

Il fermento del lab è in rapporto coll'acidità e colla pepsina, ma non in modo assoluto, potendosi avere valori normali di pepsina e di acido (caso 28) e diminuzione di lab (metà della norma). Certo è però che nei 35 casi esaminati, assenza assoluta di lab si ebbe solamente in due (14 e 18) con contemporanea mancanza di pepsina e acidità totale scarsissima (6.7-2.5) in ammalati di gastrite cronica ipoacida, e in due casi (2 e 4) di carcinoma gastrico con traccie di acido lattico si ebbero dei valori di lab di 1.5 (4) e di 15.6 (2).

Nei febbricitanti accanto ad una bassa acidità si ha assenza o solamente traccie di pepsina e anche il lab è moltissimo ridotto.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE INTERNAZIONALE MARITTIMO DI COTRONE.

Dermatite da canna (Arundo donax)

per il dott. P. TIMPANO.

È una malattia della pelle, che si riscontra nei lavoratori di canne.

Colpisce di solito la fronte, le palpebre, le guance, il naso, le parti antero-laterali del collo, il dorso delle mani, lo scroto. La cute si presenta tumefatta e arrossata, senza limiti precisi. A volte si formano delle vescicole contenenti un po' di liquido leggermente corpuscolato. Gl'infermi si lagnano ora di bruciore, ora di prurito e di modico dolore. Ordinariamente non dà luogo a fenomeni reattivi generali, ma possono verificarsi in taluni infermi elevazioni termiche di varia intensità e talvolta albuminuria. La congiuntiva partecipa spesso a questa malattia, dando luogo a iperemia, fotofobia, lacrimazione. Anche la mucosa nasale può essere colpita, e allora si ha prurito, bruciore, e, nei casi di maggiore gravità, cefalea frontale.

La *prognosi* è favorevole.

La *cura* consiste nel riposo, applicazioni di unguenti a base di analgesici, ossido di zinco, acido salicilico, ittiolo, ecc.

La dermatite guarisce in pochi giorni, senza lasciar traccia.

Nell'aprile del 1913, nella Rivista *Malaria e malattie dei paesi caldi*, fondata e diretta dal prof. U. Gabbi, pubblicai le mie prime osservazioni cliniche sulla *dermatite da canna*. Altri autori si occuparono dello stesso argomento: Cannarsa, Aravandinos, Minà, Palumbo, Sfameni, Sergi, Thibierge.

Riguardo all'*etiologia*, tutti, o quasi tutti, sono d'accordo nel ritenere che la malattia si contrae lavorando le canne rimaste ammassate per un tempo più o meno lungo in ambienti umidi, perchè allora dalle foglie macerate cade una speciale polvere nera, che in contatto della pelle è capace di provocare la dermatite accennata.

Il Gabbi nel suo *Trattato elementare di Patologia esotica* così riassume lo stato attuale delle conoscenze: «....la polvere nera è il prodotto delle foglie in macerazione. È in questa polvere che si sono trovate: una cocciniglia (*Aclerda berlesie*), un acaro (*Leptus autumnalis*), degli ifomiceti (*Dendrochium*, *Spirotrichum*), dei quali fu discusso il rapporto con la genesi della dermatite. Timpano darebbe importanza agl'ifomiceti, Sfameni ritiene vi abbia una parte preponderante, se non essenziale, l'anafilassi. La quistione è *sub-judice*, ma dal considerare che il quadro clinico riproduce quello dato da altri acari noi abbiamo creduto, temporaneamente, di ascrivere all'acaro (*Leptus autumnalis*) la *genesi* del quadro in discussione».

Poco dopo la pubblicazione delle mie osservazioni cliniche, iniziai lo studio della polvere nera, onde conoscere la *natura* e il suo *meccanismo d'azione*. Le prime ricerche microscopiche mi fecero rilevare che la polvere nera è costituita principalmente da *detriti di ifomiceti* da *spore* e da *cristalli di silice*. Tali cristalli minutissimi, acuminati e taglienti, che si trovano anche nel granturco e nelle graminacee in genere, venendo in contatto della pelle, determinerebbero delle lesioni sottili, in cui penetrerebbero le spore, contenenti come quelle di *Ustilago carbo*, sostanze più o meno irritanti a seconda delle modificazioni chimiche che possono subire in condizioni speciali di ambiente e di temperatura, e capaci di dar luogo a fenomeni reattivi locali (dermatite) o, se penetrano nell'organismo, a fenomeni reattivi generali (febbre, albuminuria), come potei constatare in uno dei casi da me pubblicati (*Malaria e malattie dei paesi caldi*, anno IV, fasc. III, 1913).

Più tardi volli accertarmi se la polvere nera doveva considerarsi come prodotta esclusivamente dalla decomposizione delle foglie delle canne ammassate in ambienti umidi, o doveva considerarsi come il prodotto, dirò così, terminale di una sostanza che comincia a formarsi nelle foglie delle canne verdi quando sono colpite da malattie parassitarie. Nelle foglie di canne verdi accade spesso di osservare delle zolle di sostanza nera, e qua e là dei piccoli parassiti di colorito giallastro (anellidi). Esaminando al microscopio delle sezioni di tali foglie, si può notare che negli spazi del trabecolato occupato dalla suddetta sostanza nera esiste un groviglio di filamenti, che, osservati a un ingrandimento maggiore, lasciano vedere dei rigonfiamenti nodali e terminali (ifomiceti e spore). Tale reperto diviene più chiaro e dimostrativo se si esamina isolatamente un piccolo frammento della sostanza nera. Lasciando seccare queste foglie, la sostanza nera si rompe, si suddivide e polverizza facilmente. Quando le canne, tagliate e disseccate, vengono per qualsiasi ragione mosse o battute, allora gran parte della polvere nera cade tra le foglie e i nodi delle canne stesse mescolandosi a numerosi cristalli di silice. Esaminando la polvere nera ottenuta dalle foglie fatte seccare e quella raccolta dalle canne vecchie e am-

massate in ambienti umidi, si osserva che è sempre costituita da detriti di ifi, da spore e da cristalli di silice. Solo che le spore sono più sviluppate e in maggior numero nella polvere raccolta dalle canne vecchie.

La prima conclusione che scaturisce dalle su accennate ricerche è questa:

« La costituzione della polvere nera che si trova nelle foglie e nei nodi delle vecchie canne ammassate in ambienti umidi non è diversa — morfologicamente — da quella delle zolle di sostanza nera che si osservano nelle foglie di canne verdi colpite da malattia parassitaria, che preparerebbero il terreno alla formazione delle muffe ».

Tuttavia non volli arrestarmi a questo punto con le ricerche. Studiai successivamente i caratteri culturali, morfologici e l'azione patogena degl'ifomiceti, dei quali sarebbe costituita prevalentemente non solo la sostanza nera che si riscontra nelle foglie di canne verdi, ma anche la polvere nera che si trova nelle canne vecchie. Tale studio potei eseguire nella primavera del 1917 nel Laboratorio batteriologico della Stazione sanitaria marittima di Cotrone.

I caratteri culturali e morfologici riscontrati, e che per brevità tralascio di descrivere, confermano il concetto della *identità costituzionale* delle zolle di sostanza nera che si osservano in talune foglie di canne verdi e della polvere nera che si trova nelle canne vecchie.

La differenza fra questi due prodotti è dovuta al fatto che la sostanza nera che si riscontra nelle foglie di canne verdi non ha azione patogena se venga in contatto con la pelle, mentre la polvere nera che si trova nelle canne secche, che sono rimaste ammassate in particolari condizioni di temperatura e di umidità, ha azione patogena. Ciò si può spiegare ammettendo che la sostanza nera, pur essendo identica morfologicamente alla polvere nera, *subisce col tempo e in condizioni speciali di temperatura e di umidità quelle modificazioni chimiche che servono a renderla irritante.*

Alcuni autori, come s'è visto innanzi, hanno incolpato una speciale coccinìglia (*Aclerda berlesie*) come causa della dermatite da canna, e un acaro (*Leptus autumnalis*). Volli portare l'attenzione anche su questi parassiti.

La coccinìglia non vive nella polvere nera, ma vi capita per caso. Essa vive attaccata al nodo della canna.

L'acaro, piccolissimo, appena visibile ad occhio nudo, non vive nemmeno nella polvere nera, ma nella regione interna delle foglie secche di canna, immerso nella propria secrezione filamentosa, come il ragno nella tela. Non si trova con molta frequenza. Durante la lavorazione delle canne non è difficile che qualcuno si stacchi e cada nella polvere nera. A me non è mai riuscito di osservarlo in mezzo alla polvere nera, e neppure, come vedremo, nel derma della cute affetta dalla dermatite da canna.

PROVE SPERIMENTALI PER RIPRODURRE LA DERMATITE DA CANNA.

Con culture fresche degli ifomiceti coltivati. — Frizionando sulla pelle integra del dorso della mano e sullo scroto un'emulsione d'ifomiceti, e proteggendo poscia le parti con garza sterile, non si ottiene, nè presto nè tardi, alcuna reazione. Frizionando sulla pelle, dopo avere prodotto con uno spillo sterilizzato delle finissime abrasioni, si riesce ad ottenere qualche reazione di nessuna importanza.

Con culture vecchie. — A pelle integra si ottiene, dopo 8-12 ore, un lieve arrossamento della parte, accompagnato a prurito. Tale arrossamento scompare completamente dopo qualche giorno. A pelle con piccole soluzioni di continuo si ottiene una leggiera tumefazione della parte, senza tendenza a diffondersi, con arrossamento a lieve bruciore, che scompare dopo 2 o 3 giorni.

Tanto le culture nuove quanto le vecchie, disseccate, polverizzate e insufflate nelle narici, non producono alcuna reazione.

Con sostanza nera delle foglie di canne verdi. — A pelle integra nessuna reazione con tre frizioni successive. A pelle con fini abrasioni: leggiero arrossamento della parte dopo 10 ore dalla prima frizione, che scompare completamente dopo un giorno.

Con la stessa sostanza, dopo aver fatto disseccare le foglie all'ombra e tenute poscia in termostato a 20° per un mese. — Frizionando la polvere a pelle integra si produce un leggiero arrossamento accompagnato da prurito, dopo la terza frizione, fatta a intervallo d'un giorno. A pelle con fini abrasioni si produce una leggera reazione dopo 8 ore dalla prima frizione, che aumenta d'intensità dopo 10-12 ore, dando luogo ad arrossamento, tumefazione, prurito. La reazione scompare dopo 3-4 giorni.

Con la polvere nera raccolta dalle canne ammassate da vari mesi all'aperto. — A pelle integra: Dopo 5-8 ore si produce un lieve arrossamento della parte, che non ha tendenza ad aumentare.

A pelle con abrasione: Arrossamento e leggero gonfiore dopo 4-6 ore, che aumenta progressivamente fino a che la reazione presenta tutti i caratteri della dermatite da canna.

Con l'applicazione della coccinìglia intera o triturata, o degli acari, lasciati in posto per 1-2 giorni, coperti da mussola fissata in giro da strisce di cerotto adesivo, non si è mai ottenuto alcun segno reattivo.

L'esame ripetuto di brandelli di tessuto cutaneo non fece mai rilevare acari o altri parassiti, ma solo delle spore alterate.

La seconda conclusione che scaturisce dalle osservazioni cliniche e dalle prove di laboratorio è questa: «Che la dermatite da canna è dovuta all'azione chimica della polvere nera che si trova nelle foglie di canne vecchie e ammassate in ambienti umidi, polvere che acquista azione patogena a causa delle particolari modificazioni cui va incontro in opportune condizioni di tempo, d'ambiente e di umidità».

Bova Marina (Reggio Calabria).

BIBLIOGRAFIA.

BLANCHARD. *Parassites végétaux.* (*Traité Path. gén.* di Bouchard, Parigi, 1897).

STRASBURGER. *Trattato di Botanica.* — Milano, 1897.

LABOURAND-BODIN. *La Pratique Dermatologique*, art. *Dermatophites*, vol. I. — Masson, Paris, 1910.

BRUMPT. *Précis de Parassitologie.* — Masson, Paris, 1900.

CASTELLANI. *Manual of Tropical Medicine.* — London, 1910.

LUSTIG. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali*, vol. I. — F. Vallardi, Milano, 1913.

ARAVANDINOS. *Su una dermatite da canna che incontrasi in Grecia.* (Malaria e malattie dei paesi caldi, anno III, n. 5-6, 1912).

SERGI. *Dermatite e febbri da canna in Calabria.* (Ibidem, anno III, n. 9, 1912).

SFAMENI. *Sopra alcuni casi di dermatite da canna in Sicilia.* (Ibidem, anno III, n. 9-10, 1912).

SFAMENI. *Di alcune dermatiti professionali compresa la dermatite da canna.* (Ibid., anno IV, n. 4-5, 1913).

SFAMENI. *Atti della Società Italiana di Patologia esotica*, *Messina*, 1914. — Roma, Tipografia Moderna.

THIBIERGE. *Eruptions des ouvriers en canne.* (*Pratique dermatologique*, vol. II).

GABBI. *Trattato elem. di Patologia esotica.* — Roma, 1915.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su di un caso di angina di Ludwig in soggetto emofiliaco

per GUIDO FELICIANGELI, maggiore medico
già assistente negli ospedali di Roma.

Il decorso postoperatorio di un caso di angina di Ludwig operato d'urgenza ed i tentativi terapeutici esperiti per l'infrenabile emorragia che ne seguì mi sono sembrati di un qualche interesse e degni di nota.

Bini Eugenio, di Ganna, ricoverato il 7 dicembre 1919 per scabbia nel reparto misto dell'infermeria presidiaria di Riva, presentò al mattino del 14 dicembre una tumefazione di non grave entità alla regione sopra-ioidea ed edema del pavimento della bocca.

L'ammalato asseriva che mentre la sera precedente era in ottime condizioni di salute, tanto da prendere il consueto bagno, durante la notte, senza causa apprezzabile, aveva avvertito qualche dolore alla regione sotto-ioidea e la mattina si era accorto della tumefazione e di difficoltà nel parlare.

Alla visita del mattino furon segnate poche note, nelle quali si accennava al fatto che, senza la mancanza di temperatura, si sarebbe pensato ad un'angina di Ludwig.

Il quadro però andò assumendo nel pomeriggio un carattere di eccezionale gravità, la temperatura salì rapidamente a 38°.4, la tumefazione andò aumentando di ora in ora, la lingua alle ore 16 era abbattuta contro il palato, il pavimento della bocca era rosso-nerastro, tumefatto, duro, dolente; l'ammalato era impossibilitato ad ingerire liquidi ed a parlare; anche la regione sotto-ioidea ed il collo erano *in toto* fortemente tumefatti.

Verso sera la respirazione era fischiante e stertorosa, la cianosi intensa, il polso frequente (115) con 38°.6 di temperatura, tanto che si decise l'intervento, che fu eseguito alle ore 20.

La cloronarcosi iniziata fu smessa dopo 2 minuti e 5 soli grammi di somministrazione di cloroformio per i fenomeni di asfissia grave, che fecero pensare al bisogno di una tracheotomia, che fu evitata con la prestezza dell'esecuzione delle due incisioni paramediane di 6 cm. lungo i margini interni dei ventri anteriori dei digastrici interessanti a tutto spessore i milo-ioidei ed i genio-ioidei che erano completamente asfittici e nerastri. Durante l'incisione del flemmone pochissima quantità di sangue nerastro defluì dalle ferite e si applicarono un drenaggio di gomma ed uno stuello di garza iodoformica a ciascuna ferita.

Non vi fu alcun bisogno di emostasi; l'infermo dopo 5 minuti era sveglio in buone condizioni e con le bende asciutte.

Dopo un'ora dall'intervento fui però chiamato d'urgenza dall'assistente all'atto operatorio, perchè l'ammalato perdeva notevolmente sangue. Rimossi subito il bendaggio, i drenaggi e gli stuelli, e dovetti notare che realmente dalle due ferite defluiva una notevole quantità

di sangue per un'emorragia a nappo che aveva uno strano carattere d'imponenza.

Pur potendo escludere per l'ubicazione delle incisioni nella regione che si trattasse di qualche vaso di entità, asciugai e cercai di vedere se si potesse eseguire l'emostasi, ma dovetti accorgermi che il sangue non veniva dal fondo delle ferite che arrivavano immediatamente sotto il pavimento della bocca, ma sopratutto dal sottocutaneo e da tutta la superficie dei tessuti incisi.

Eseguo, a malincuore per il flemmone, e di necessità per l'emorragia, un tamponamento stivato con garza iodoformica, e faccio eseguire un'ipodermoclisi.

Il carattere dell'emorragia era strano: e non potendo l'infermo parlare ed essendo la cartella clinica muta, con solo pochi cenni, trattandosi di ricoverato per scabbia, non riesco a rendermi ragione del fatto.

Nelle prime ore del mattino il bendaggio dell'infermo è di già bagnato di sangue che fuoriesce, malgrado il tamponamento, che si cerca di rendere più stivato con l'aggiunta di nuove strisce di garza e con l'applicazione di due cuscinetti comprimenti le due ferite operatorie.

Il mattino seguente alle ore 10 giungono i parenti dell'infermo, che erano stati telegraficamente chiamati.

Lo stato generale dell'ammalato è buono, temperatura 37°.6, edema del pavimento diminuito notevolmente, polso 102.

Si apprende dai parenti che l'infermo da bambino, per un trauma al capo, stava per dissanguarsi e che i medici soltanto dopo due giorni erano riusciti a dominare l'emorragia, e che anche da piccole lesioni l'infermo aveva fin da ragazzo sempre perduto molto sangue.

Saputo di trovarsi di fronte ad un emofiliaco, s'iniziano le iniezioni ed i clisteri di gelatina, l'applicazione di compresse imbevute di soluzione di antipirina ed i soliti rimedi a potere coagulante e vaso-costrittivo.

Ma nè ergotina, nè adrenalina, nè gelatina, nè peptone, nè siero antidifterico (usato in mancanza di siero semplice), in dosi varie e per vie diverse, danno alcun giovamento per sedare l'emorragia, che nonostante il tamponamento ha già notevolmente anemizzato l'infermo, che nei cinque giorni successivi all'atto operatorio ha estenuato medici ed infermieri per la continua lotta diurna e notturna contro l'esasperante rigagnolo di sangue che si fa strada tra le garze, il collodion e perfino la pece *bollente da calzolaio*, usata per contenere l'emorragia intorno ai tamponi.

In sesta giornata, trattandosi di caso disperato e dovendosi tener più conto del fattore dissanguamento che del fattore infiammatorio, decido di suturare con catgut grosso le due ferite profondamente.

Il risultato immediato fu buono ed il tentativo riuscì inquantochè nelle due sere successive non si ebbero che 37°.5 e 37°.4 di temperatura, nessun aumento nella tumefazione della regione sopra-ioidea e soltanto un lieve aumento nell'edema del pavimento della bocca a destra; l'emorragia parve domata e non essendovi stata, come si aspettava, forte reazione flogistica, si sperava di aver ottenuto lo scopo e l'infermo era migliorato come polso e come stato generale.

Al terzo giorno dalla sutura però le bende tornano a bagnarsi e togliendole si notavano due grossi coaguli che avevano in parte rotto i punti di sutura mentre in alcuni punti la cute alquanto macerata aveva ceduto, e di tra i coaguli, specialmente a destra, defluiva abbondantemente sangue. Si sostituiscono di nuovo i coaguli con tamponaggio stivato, mentre si nota che a sinistra la cavità, di forma scodellare, colla sutura si è di molto ridotta e sanguina meno.

Nella notte si deve di nuovo correre al letto dell'infermo, che ha perduto ancora molto sangue ed è in condizioni gravissime, e si cerca di ovviare con i soliti mezzi.

Al mattino seguente non avendo potuto trovare chi si prestasse per una trasfusione di sangue umano, all'infuori dei familiari che non ritenni per ovvie ragioni adatti, raccolgo in un grosso vaso di vetro sterilizzato ed in maniera asettica due litri di sangue dalla iugulare di un cavallo dell'ospedale e prima di medicare l'infermo, gli inietto 200 cc. di siero per via endovenosa.

L'effetto fu realmente sorprendente e nei cinque giorni successivi l'infermo è andato perdendo sempre minor quantità di sangue e si iniettarono giornalmente da 120 a 200 cc. di siero fresco di cavallo.

Al settimo giorno si smette di iniettar siero, e durante la notte dalla ferita di destra si ha un'emorragia discreta che m'induce a suturare di nuovo la ferita di destra a punti staccati in seta, e ad iniettare ancora 200 cc. di siero fresco, cosa che si pratica ancora per tre giorni consecutivi, durante i quali l'infermo non perde che minime quantità di sangue e comincia a migliorare come polso (da 110 a 94) e come stato generale. Dopo sei giorni dalla sutura, che non ha provocato rialzi termici, si tolgono i punti, si smettono le iniezioni di siero e si ha ancora qualche tentativo di fuoruscita di sangue da una piccola soluzione di continuo rimasta all'angolo inferiore della ferita di destra e dai due fori dell'ago, come era avvenuto anche il giorno della sutura, ma si ha facilmente ragione della piccola emorragia e l'infermo entra in convalescenza ed esce dall'ospedale perfettamente guarito dopo 35 giorni dall'incisione del flemmone.

Le deduzioni di qualche utilità che si possono trarre dal caso, oltre alla ormai indiscussa opportunità dell'intervento immediato nei casi gravi di angina Ludwig, che evita una tracheotomia e permette una rapida guarigione, come sarebbe avvenuto nel caso descritto qualora non si fosse trattato di soggetto emofiliaco, consistono anche nella constatazione che in un flemmone ad andamento tanto acuto può riuscire il tentativo di una sutura senza gravi conseguenze, a soli 7 giorni dall'incisione, e, data la intima connessione nel fattispecie del rapporto tra causa ed effetti, nella

constatazione della grande azione benefica esercitata dalle forti dosi di siero fresco di cavallo nell'aumentare nel soggetto emofiliaco il potere coagulante del sangue, tanto da poter salvare un paziente che si credeva ormai irremissibilmente perduto, nonostante una lotta indefessa di tutte le ore, di cui non sono stati descritti tutti particolari, ma che, anche per la presenza dei familiari dell'infermo, assunse in qualche momento un certo carattere di drammaticità.

Riva di Trento, 8 febbraio 1920.

COMMENTI.

Ancora sugli effetti dell'argirina sull'uretra dell'uomo e del cane.

Al maggiore medico dott. Fasani-Volarelli che mi fa appunto di non aver atteso la pubblicazione degli Atti dell'Accademia dei Fisiocritici per conoscere i particolari dei suoi esperimenti con l'argirina sull'uretra del cane, rispondo che tali esperimenti mi sembrano per lo meno superflui se hanno lo scopo di condannare questo sale d'argento, dopo che, esso, in soluzione all' 1 % ed anche in maggior concentrazione, si è dimostrato assolutamente innocuo sulla mucosa uretrale normale dell'uomo ed anche, checchè ne dicano gli oppositori, nella massima parte dei casi di blenorragia uretrale acuta e cronica.

A spiegare il contrasto fra i risultati ottenuti sull'uretra umana e quella del cane non vedevo altra ragione che una speciale sensibilità di quest'ultima, cosa di nessuna importanza dal lato pratico, essendo l'argirina destinata all'uomo e non al cane, che non contrae la blenorragia; od un errore di tecnica, molto facile e quasi inevitabile, mancando nelle siringazioni fatte sul cane l'apprezzamento della sensibilità dolorifica e riuscendo difficile determinare la quantità di liquido necessaria a bagnare la mucosa senza distendere eccessivamente l'uretra, non essendone sufficientemente nota la capacità, che invece è stata esattamente determinata nell'uomo.

In quanto ai risultati contrari ottenuti da altri sperimentatori cui si riferisce il dott. Fasani-Volarelli, ai quali potrei opporre giudizi scritti e verbali di medici non meno autorevoli e competenti, faccio notare che alla XVI Riunione della Società Dermatologica (Roma 18-20 dicembre 1919) nessuno ha parlato degli effetti dell'argirina sull'uretra normale, ma bensì sull'uretra affetta da blenorragia.

Si comprende che in tali condizioni si possano trovare dei casi in cui l'argirina, come qualunque altro preparato antiblenorragico, possa riuscire irritante, dare reazioni violente e riaccensione del processo blenorragico. Basta ricordare il caso riferito da Lucatelli per persuadersi con quali criteri fu giudicata l'argirina: « Un ammalato di uretrite cronica con « stenosi uretrale corrispondente al n. 13 Charrière aveva fatto (da sè?) qualche iniezione « (di argirina) che fu seguita da violenta reazione, tenesmo vescicale, prostatite acuta e « cistite ».

Ora io domando se è logico attribuire queste complicazioni all'argirina in un caso simile, ove il liquido malamente iniettato dal malato, probabilmente non è arrivato nè all'uretra prostatica, nè alla vescica.

D'altronde non è mio intendimento di discutere ora sull'efficacia terapeutica di questo sale d'argento che è stato variamente giudicato e purtroppo non sempre serenamente, poichè al suo giusto apprezzamento hanno molto nociuto i metodi poco serii con cui è stato presentato al pubblico e contro i quali io ho protestato con tutti i mezzi di cui potevo disporre, comprese le vie legali, poichè la *réclame* era associata al mio nome.

Ma le osservazioni documentate di centinaia di casi di blenorragia acuta e cronica, anteriore o totale, in molti dei quali è riuscita la cura abortiva con guarigione in 8-10 giorni, e gli altri guariti quasi tutti in un termine relativamente breve, senza complicazioni e senza postumi, non possono essere distrutte dai pochi casi in cui il risultato fu sfavorevole.

D'altronde solo un più largo e sereno esperimento di questo sale d'argento, che io continuo ad usare regolarmente, perchè non ne conosco uno migliore, potrà dire se esso debba essere condannato all'oblìo o se debba rimanere come rimedio prezioso nella cura della blenorragia uretrale.

E sono certo che, se il maggiore dott. Fasoni-Volarelli esperimenterà sull'uomo, si persuaderà che le soluzioni di argirina all' 1 % ed anche più concentrate, iniettate nell'uretra in quantità non superiore ai 4-5 cmc., secondo le modalità indicate nelle mie pubblicazioni, sono perfettamente innocue per la mucosa uretrale e per i tessuti sottostanti.

In attesa di ciò, dichiaro per mio conto chiusa la discussione.

Dott. G. PICCARDI.

***

Il prof. Piccardi afferma, soltanto ora, che i miei esperimenti sull'argirina gli sembrano superflui perchè, a suo giudizio, questo medicamento si è dimostrato innocuo alle osservazioni cliniche.

A parte che questa opinione non è divisa da altri specialisti, lo stesso prof. Piccardi scriveva nel 1900 (*Giorn. it. mal. ven. e pelle*, p. 242): « *ciò dimostra ancora una volta come, sulla base di semplici osservazioni cliniche, non sia possibile dare un giudizio: solo l'esame istologico può dirci fin dove l'azione del caustico arrivi* ».

Potrei rispondere così e chiudere fin d'ora questa cortese ma sterile discussione se non fossi obbligato ad aggiungere qualche schiarimento per illuminare il lettore che indubbiamente è stato tratto in errore dalle narrazioni incomplete ed inesatte del Piccardi.

Ho sperimentato l'argirina sulla mucosa uretrale sana dei cani per indagare solamente le modificazioni istologiche prodotte da questo medicamento e confrontarle con quelle ottenute con altri proteinati studiati precedentemente collo stesso metodo.

Fui indotto a queste ricerche dal fatto che i diversi proteinati si differenziano principalmente fra loro per la combinazione più o meno stabile della proteina coll'argento. La dissociazione del metallo in ioni (dissociazione a contatto dei tessuti) lenta o rapida, caratterizza l'azione del medicamento, nel primo caso poco dannosa e nel secondo caustica.

Con questo determinismo furono già studiati l'argonina, il protargolo, l'albargina e molti altri preparati ed il risultato, in generale, non fu discorde da quello clinico.

È pur facile comprendere che se un medicamento riesce caustico per un tessuto sano, lo sarà di più, nella maggior parte dei casi, per un tessuto malato: se è caustico per la mucosa uretrale del cane, lo sarà ugualmente, sia pure in differente misura, per la mucosa uretrale dell'uomo.

Ciò anche per rispondere all'egregio collega che non vede nei miei esperimenti alcuna importanza dal lato pratico, non essendo (come ognuno sa) l'argirina destinata al cane.

Orbene, le mie ricerche si sono limitate a precisare, per un'indagine comparativa, quali modificazioni istologiche determinava l'argirina sulla mucosa uretrale sana di un animale, tenendo conto principalmente, che non si deve cercare da un medicamento antiblenorragico la sola azione microbicida, ma ch'esso riesca anche del minor danno possibile ai tessuti.

I miei esperimenti, praticati con tecnica scrupolosa, in modo da escludere ogni causa d'errore, dimostrarono che una soluzione di argirina iniettata e mantenuta per cinque minuti nell'uretra di un cane, nella concentrazione 0.50-0.75 determinò già azione caustica, e nella concentrazione dell'1 % produsse distruzione totale dell'epitelio insieme a notevoli alterazioni del connettivo.

Sebbene il Piccardi assicuri di possedere dichiarazioni di medici esperti, purtuttavia fino a quando non saranno note, se una discussione scientifica deve rimanere circoscritta all'esame di lavori pubblicati, risulta che, nei riguardi dell'azione dell'argirina sull'uretra umana affetta da blenorragia, i pareri restano ancora discordi. Egli sostiene che l'argirina non riesce irritante, altri (Fiocco, De Napoli, Locatelli) invece ritengono che provoca reazioni piuttosto violente.

Non dubito che il ragionamento del Piccardi voglia avvantaggiarsi infirmando la serenità di questi autorevoli giudizi, non fosse altro per la facile ritorsione a cui può prestarsi.

In questa discordanza di pareri io credo col Piccardi del 1900 che solo l'esame istologico possa venire in aiuto a risolvere la questione.

Quest'esame infatti dimostrò che l'argirina produce gravi alterazioni nella mucosa uretrale sana del cane, e sono convinto che questo reperto, per le deduzioni che ne possano scaturire, avrà tutto il suo valore almeno fino a quando il prof. Piccardi non proverà altrimenti, non però con semplici affermazioni, ma colla pubblicazione di reperti istologici dimostrativi.

Ed in questa attesa, per mio conto, dichiaro esaurita la polemica.

FRANC. FASANI-VOLARELLI.

CONFERENZE.

L'organizzazione antitubercolare in Francia e nel Belgio.

Dott. Guido Mendes.

(Conferenza agli ufficiali medici del presidio di Roma).

In omaggio al cortese invito del nostro Direttore di Sanità, dirò di quelle cose che mi parvero più notevoli circa l'organizzazione dei servizi antitubercolari nel mio viaggio in Francia ed in Belgio, compiuto per incarico del signor direttore generale della Sanità Pubblica.

Durante questa mia peregrinazione ho avuto campo di parlare con la maggior parte degli uomini quali il Teissier, il Küss, il Guinard, il Dumarest in Francia, il Malvoz, il Gengou, il Van Beneden nel Belgio, che nelle suddette nazioni hanno organizzato e diretto la campagna antitubercolare: le difficoltà che noi incontriamo, essi le hanno incontrate ed, in buona parte, vinte, gli ostacoli che ci attraversano la via, essi li hanno superati, ed io ho ritenuto utile far tesoro della loro esperienza, tanto più che il nostro popolo ha molte analogie con quelli a beneficio dei quali si è svolta l'opera loro.

Il primo mezzo di lotta, il più valido, da essi impiegato è stato anzitutto la propaganda della istruzione antitubercolare. Questa propaganda si è effettuata e si effettua tuttora a mezzo di pubbliche conferenze, di lezioni nelle scuole, di esposizioni ambulanti, di pubblicazioni popolari, di manifesti e perfino di cartoline illustrate.

Uomini di alto valore scientifico non disdegnarono di abbandonare per qualche tempo i severi studi, i laboratorî, le cliniche ed i clienti, per scendere in mezzo al popolo dei sobborghi e dei villaggi e farvi opera di educazione, di propaganda e di persuasione, opera umile, ma forse più utile alla umanità di una qualche brillante scoperta scientifica.

Secondo e non meno utile mezzo di lotta antitubercolare, tanto in Francia che nel Belgio, l'istituzione dei così detti *dispensari d'igiene sociale*.

Col nome di dispensario antitubercolare non deve intendersi un comune ambulatorio, ove gli infermi si rechino per sottoporsi a più o meno utili consultazioni o per ottenere ricette o medicine.

Il concetto del dispensario è tutt'affatto diverso: tutti questi istituti sono modellati su quelli tipici che da parecchi anni funzionano a Lilla per opera del prof. Calmette ed a Liegi per opera del prof. Malvoz.

Essi sono distinti in due sezioni connesse, ma ben separate tra loro: destinata l'una alla funzione essenzialmente medica e l'altra alla funzione sociale di prevenzione e di propaganda: ed è questa seconda parte che è la più importante.

Tutti i malati che si presentano alla visita o che vi vengono accompagnati dalle visitatrici che nelle loro inchieste a domicilio li hanno scoperti, sono accolti anzitutto nella sala d'aspetto della sezione così detta *sociale*: s'intende che già in questa sala, durante il periodo di attesa, ogni infermo ha il tempo ed il modo di osservare numerosi cartelli e manifesti di propaganda e d'istruzione igienica.

Da questa sala gli infermi passano direttamente ad un ufficio ove una segreteria (Enquêteuse) compila un primo notiziario anamnestico personale che rimane poi un documento di base per tutte le ulteriori ricerche e provvidenze in favore dell'infermo. Di lì esso, munito della sua scheda notiziaria, passa senz'altro alla sala della consultazione medica: i soggetti da esaminare vi accedono attraverso dei piccoli spogliatoi separati, ove depongono le loro vesti, in maniera che gli infermi si presentano uno dopo l'altro al medico già pronti per l'esame obbiettivo.

La sala di visita è in genere assai semplice: una bilancia, un antropometro, uno sgabello da pianoforte girevole ed un lettuccio ne compiono tutto il semplice ammobigliamento, oltre la tavola del medico e della capo-visitatrice, sempre presente alla consultazione.

Il medico, osservato il malato, quando trattasi di una prima visita, non formula sempre la sua diagnosi, e si limita a completare la scheda con le sue osservazioni obbiettive. L'infermo è munito di un vasetto che dovrà riportare con il suo espettorato, e inviato all'esame radioscopico ed a quello laringoscopico, che si compiono in certi dispensarî addirittura nelle sale attigue, ed invitato poi a ritornare a giorno ed ora fissa, quando cioè siano completate tutte queste ricerche accessorie.

È per solito in una seconda visita, che si compie dopo uno o due giorni, che la diagnosi viene formulata e da allora l'infermo, ricevute alcune preliminari istruzioni, munito di una sputacchiera tascabile, di medicine, di disinfettanti e di buoni alimentari, è posto sotto la sorveglianza di una delle visitatrici, che si reca alla sua casa e vi compie una vera e propria inchiesta nella quale vengono prese in considerazione tutte le circostanze che possono avere interesse, non tanto per la cura dell'infermo, quanto per la prevenzione dei sani che eventualmente lo circondino e per l'accertamento

di altri infermi della famiglia che siano stati già contagiati.

Il numero delle stanze della casa, la loro esposizione e disposizione, il sistema di smaltimento delle immondizie e delle acque luride, tutto viene sistematicamente annotato nel notiziario e riportato alla Direzione del dispensario, ed è da questo punto che comincia l'opera di difesa e di prevenzione del dispensario stesso.

Infatti, persuasi dalle esortazioni della visitatrice ed allettati anche dalle distribuzioni di soccorsi di vario genere (si va dalla distribuzione di buoni alimentari, di medicine, di disinfettanti, a quella di letti, quando occorra separare di giaciglio o di stanza gli infermi da i sani, e si giunge a provvedere del denaro per cambiare alloggio quando l'attuale sia giudicato troppo ristretto), gli infermi non solo tornano spesso al dispensario e si pongono sotto la sua protezione igienica, ma vi conducono tutta la loro famiglia, specialmente i propri bambini, onde accertarne lo stato di salute.

Molti si decidono a entrare in un Sanatorio o in un Ospedale e il dispensario provvede, in tal caso, a far le pratiche per tali internamenti indicando l'Istituto più adatto ai singoli casi. Altri acconsentono almeno a far ricoverare i propri bambini in Istituti di prevenzione o in Colonie campestri o marine in modo da sottrarli al contagio. Tutti poi restano sotto la benefica influenza del dispensario che, con le ispezioni periodiche della visitatrice, e con le consultazioni pure periodiche alle quali convoca l'infermo, riesce ad orientarne la vita e le abitudini in maniera da renderlo meno pericoloso alla società e a dargli la sensazione di essere continuamente guidato e protetto da una energia buona che lo cura, che salvaguarda la sua famiglia e perfino i suoi interessi e che lo soccorre in ogni necessità.

Molti dispensari sono muniti perfino di una lavanderia, ove tutte le biancherie sudice dell'infermo vengono gratuitamente disinfettate e lavate.

L'impulso dato in Francia in questi ultimi anni alla fondazione dei dispensari antitubercolari è stato notevolissimo, tanto che mentre due anni or sono se ne contavano solamente tredici in tutto il paese, oggi raggiungono il numero di centottantotto ed alla fine di questo anno arriveranno al numero di duecento.

In Francia la Fondazione Americana Rokefeller ha immensamente contribuito all'incremento di queste istituzioni, finanziandole ampiamente (si calcola vi abbia già speso circa 20 milioni) e costituendo in Parigi, in via Berri 3, un vero piccolo Ministero, che ha il solo scopo di sovvenzionare tutta l'opera di lotta antitubercolare e specialmente quella dei dispensari, e di dirigere tutta l'azione di propaganda a base di una *réclame* a tipo veramente americano.

Nel Belgio ancora i dispensari non sono così numerosi; se ne notano tre o quattro per ciascuna delle principali città: ve ne erano solo 24 nel 1914, ed oggi se ne contano 97, in compenso sono assai bene organizzati e fiancheggiati da provvide istituzioni che ne completano l'opera.

Ed è sopratutto a Liegi che l'organizzazione antitubercolare ha assunto la maggior perfezione per opera del prof. Malvoz che ne è stato il preconizzatore e l'apostolo.

Premetto che a Liegi non solo le istituzioni antitubercolari, ma tutte le istituzioni sanitarie del genere hanno, malgrado i danni della disastrosa guerra, raggiunto un ammirevole grado di perfezione.

Vi si notano ambulatorî specializzati contro la sifilide, che funzionano con le stesse modalità di prevenzione sociale descritte pei dispensari antitubercolari, ambulatorî contro l'anchilostomiasi, e perfino ambulatorî contro il nistagmo dei minatori.

Ma, per tornare alla organizzazione antitubercolare in quella città, dirò che il dispensario centrale antitubercolare Hortensia Montefiore di Liegi, per poter ben compiere la sua azione di profilassi sociale, si appoggia:

sul gran Sanatorio di Bourgmont per uomini;

sul Sanatorio non meno grande di Maynnee per donne e per bambini affetti da tubercolosi polmonare;

sulla colonia di Theu (Spa) per i bambini ganglionari delle scuole comunali;

sull'asilo Montefiore di Esneux pure per bambini ganglionari delle scuole private;

sul Sanatorio marino di La Panne per bambini affetti da tubercolosi chirurgica in genere;

sull'*Œuvre des mères et des tout petits*, specie di *crèche* per le madri tubercolose;

ed infine sull'opera di *Placement familial* per i bimbi sani figli di genitori tubercolosi.

Questo sistema, che consiste nell'allogare in case di contadini in campagna i piccini sani che occorre sottrarre alla contaminazione da parte di parenti tubercolosi, è mezzo di difesa usato anche in Francia, ove i bimbi da preservare si inviano presso famiglie campagnuole dei Pirenei. Esso forse non è l'ideale dei mezzi di difesa perchè, per ovvie ragioni, occorrerebbe una continua sorveglianza non sempre possibile, ma è tuttavia capace di rendere utili servigi quando le colonie campestri, le scuole

all'aperto e le altre consimili istituzioni non siano sufficienti al bisogno.

E veniamo a parlare infine del terzo mezzo di difesa antitubercolare, agli organismi cioè destinati a ospitalizzare e curare gli infermi: ospedali per tubercolosi e sanatorî.

Nei paesi da me visitati ho notato una ben netta distinzione tra queste istituzioni.

Non si sono creati dei grandi ospedali per tubercolosi gravi, come si è fatto da noi, ospedali che, in contrapposto ai Sanatorî, si dovrebbero chiamare in maniera opposta.

Per i malati di petto che sono giunti a tale stadio della loro malattia da essere ritenuti inguaribili, si è provveduto dotando molti grandi ospedali comuni di speciali quartieri o reparti destinati a essi.

Così in Francia l'ospedale Laennec, l'ospedale Beauyon, l'ospizio dei cronici di Brevannes e molti altri simili sono stati ampliati mediante gruppi di padiglioni situati in genere nei parchi e nei giardini, ove vengono accolti e circondati dalle possibili cure questi morituri, che non hanno l'impressione, facendosi ricoverare nell'ospedale, che ha altri quartieri di infermi comuni, di entrare in un luogo dove l'esito delle malattie che vi si curano sia sempre infausto.

È una questione di psicologia in fondo, della quale è bene però tenere un debito conto.

I Sanatorî invece presentano un aspetto tutt'affatto diverso e poco o nulla hanno dell'ambiente ospitaliero.

Ricordano essi piuttosto quello della scuola o meglio del collegio.

Durante e dopo la guerra non si sono certo potuti costruire fino ad ora dei nuovi impianti sanatoriali, ma approfittando di locali ben scelti, si sono fatti diversi felici adattamenti. Le località prescelte sono in genere elevate, ma se vi sono dei Sanatorî di alta montagna, in omaggio ai noti principî dell'utilita della diminuita pressione atmosferica, dell'attivazione degli scambi calorifici per la minor tensione del vapor d'acqua, della maggior purezza dell'aria e delle aumentate radiazioni solari, non mancano ottimi Sanatorî in collina: Angicourt è a circa 200 metri, Bligny è a 400, Borgoumont a 450.

Gli infermi sono nei sanatorî assoggettati ad una disciplina piuttosto rigida, ma quantunque *latini* vi si assoggettano volentieri perchè convinti del buon esito.

L'opera che vi si compie del resto è sopratutto di educazione e, starei per dire, di suggestione.

Non voglio tediare con la descrizione minuta dei vari sanatorî che ebbi il campo di visitare, e nei quali feci anche delle permanenze più o meno lunghe, per rendermi conto delle modalità giornaliere di vita e di cura sanatoriale.

Da per tutto, a Bligny, ad Angicourt, a Jerres, ad Oissel, ad Hauteville in Francia, ad Alsemberg e Borgoumont nel Belgio, ed in seguito anche in qualche sanatorio svizzero, che visitati nel viaggio di ritorno, ho potuto osservare che nei sanatorî si evitano sempre le grandi agglomerazioni di infermi.

Tutti i Direttori coi quali ebbi campo di parlare affermano infatti che bisogna guardarsi dal creare degli istituti troppo grandi.

Un Sanatorio per poter ben funzionare deve costituire un ambiente ristretto e veramente famigliare: da cento a centoventi posti-letto sono più che sufficienti allo scopo, ed io non ho veduto, in tutto il mio viaggio, un Istituto del genere che avesse un'efficienza superiore ai 150 posti; viceversa ne ho visti parecchi che non potevano contenere più di 70 od 80 infermi.

Si può obbiettare che in questa maniera i malati costano di più e che i vari servizi generali (cucina, farmacia, lavanderia, disinfezione, ecc.) vengono poco utilizzati.

Ma il lieve danno economico è largamente compensato, in queste formazioni leggere, dalla maggior facilità di sorvegliare e reprimere le dispersioni involontarie e... volontarie, e sopratutto, per ciò che concerne il servizio di cucina, che tanta importanza ha per questi infermi, dalla possibilità di fornire un vitto confezionato accuratamente, e tale da riuscire veramente gradito.

I grandi impianti di cucina, dalle enormi caldaie ove bolle il minestrone quotidiano od il lesso più o meno insipido, ottime per fornire l'alimentazione uniforme a più centinaia di infermi, se possono utilmente servire per un grande ospedale comune, non potranno mai corrispondere ai bisogni di un Sanatorio, ove il vitto deve essere confezionato in maniera pressochè casalinga, e venir quotidianamente variato per riuscire accetto agli infermi.

Ma, anche a prescindere da queste necessità di sorveglianza e di accuratezza in certi servizi, è ovvio comprendere che quanto più l'ambiente sanatoriale si allontana dal tipo ospitaliero e si avvicina invece all'ambiente famigliare, tanto più gli infermi vi si trovano bene, dimenticano i loro mali, ed aprono il cuore alla speranza, primo fattore di guarigione.

Il prof. Guinard, che regge il sanatorio di Bligny presso Limours, si è reso tanto conto di questa verità che, piuttosto di far costruire un grande sanatorio capace di 300 infermi, come occorreva per la regione, ne ha fatti costruire tre, in padiglioni completamente sepa-

rati l'uno dall'altro, capace ciascuno di cento letti, con tutti i relativi servizi annessi, compreso naturalmente quello di cucina, di refettorio, di sala di riunione, di farmacia, di medicheria, ecc.; solo il servizio di disinfezione è comune per tutti i tre padiglioni. Sono dunque in un Istituto tre cucine, tre refettorî, tre sale di riunione, tre medicherie, ecc., ed il prof. Guinard che, oltre ad essere uno dei più reputati tisiologi di Francia, è anche un oculatissimo amministratore, come lo prova il florido stato finanziario del suo istituto: non teme davero di essere accusato di sperperarne i capitali!

E del resto, se l'azione del Direttore deve esplicarsi come una benefica suggestione sui suoi infermi, se egli deve esserne, oltre che il medico, il consigliere e l'amico, come può pretendersi che l'opera sua si compia senza diluirsi e divenir vana oltre un numero ragionevole di ammalati?

Come evitare che l'ambiente famigliare e raccolto non si trasformi in quello di un falansterio informe e disordinato?

Anche nella disposizione interna del Sanatorio ho notato sempre la tendenza ad osservare il medesimo principio.

Le grandi corsìe, i dormitorî, le camerate a tipo ospitaliero o di caserma, per quanto grandi, spaziose ed aereate, non son fatte pei tubercolosi sanatoriandi.

In quasi tutti i sanatorî della Francia e del Belgio e, naturalmente, anche in quelli della Svizzera, ho sempre veduti gli infermi suddivisi in camere che hanno l'efficienza di uno o due. fino al massimo di sei letti. Le camere di otto letti sono eccezionali e per unanime parere dei Direttori i sei ed anche i quattro letti sono già troppi.

Ogni camera non dovrebbe contenere più di due o tre letti, pur disponendo, per i vari casi che lo richiedono, anche di diverse camere ad un letto solo.

Si intende che tutte le stanze si aprono in un corridoio posteriore sul quale dà la cameretta dell'infermiere di servizio, pronto ad accorrere ad ogni chiamata segnalatagli da una soneria elettrica che corrisponde ad un quadro numerato.

In questi ambienti ove il Direttore tiene veramente in pugno tutto l'andamento del servizio, la disciplina è conservata naturalmente assai più agevolmente.

Presso di noi invece, fatte le debite ed onorevoli eccezioni, troppo spesso, in omaggio ad un malinteso senso di libertà individuale, nei Sanatorî gli infermi sono lasciati troppo liberi di fare o non fare le cure d'aria, di passeggiare o di star fermi, di stancarsi senza scopo o di fare degli esagerati riposi.

Ne consegue che molti di essi, anzi la maggioranza, non ritraggono dalla vita sanatoriale tutto il vantaggio che potrebbero. Certo il soggiorno in campagna, l'alimentazione sostanziosa, ecc., fanno migliorare fino ad un certo punto le condizioni di salute della maggior parte, ma poi questo stato, che non è quello della guarigione, resta stazionario per mesi ed anni, ed i focolai tubercolari assopiti continuano una lenta evoluzione, che non dà grandi disturbi, ma sono pronti a riaccendere i loro fuochi appena l'infermo, illuso dal relativo benessere, voglia abbandonare il Sanatorio, rientrare in città, rimettersi a far una vita un po' più attiva.

Ben più regolata e logica è la vita che si mena in questi sanatorî d'Oltralpe, ove una disciplina razionale regola tutte le operazioni della giornata, e, fra queste, le ore di cura nelle verande. Chi non vuole assoggettarvisi esce dal Sanatorio.

All'ora stabilita, per tre o quattro, ed anche più volte a giorno, gli infermi, a seconda del loro stato, sono convocati dalla campana che segna l'inizio della cura, e non vi è nessuno che senza il permesso del medico manchi all'appello. Almeno due volte nella giornata la cura del riposo in *chaise-longue* è associata alla cura del perfetto silenzio. E, come sono discplinate le ore di cura, sono pure regolate le ore di passeggiata in campagna fuori del Sanatorio, le ore di riposo in letto, la sveglia, il silenzio e lo spegnimento dei lumi.

Non sono queste pedantesche prescrizioni di libertà, ma necessità di cura alle quali tutti si sottomettono volentieri, perchè sono abbastanza coscienti per comprenderne l'utilità, e la esperimentano del resto poco dopo tempo su sè stessi.

Questi sanatorî ricoverano indistintamente e con egual disciplina civili, militari ed ex-militari riformati, perchè in Francia e nel Belgio le autorità militari, che durante la guerra avevano istituito numerosi ospedali di smistamento e di primo ricovero per i soldati tubercolosi, hanno oggi ridotto al *minimum* questi istituti, e le numerose stazioni sanatoriali che durante la guerra accoglievano i militari tubercolosi furono sempre gestite dall'Autorità Sanitaria civile e lo sono anche attualmente.

***

Ho voluto dare anche un rapido sguardo alle varie terapie antitubercolari più comunemente praticate.

All'infuori della cura di riposo, di aereazione e di una alimentazione sostanziosa e razionale, ma non sovrabbondante poichè la così detta iperalimentazione, a base di uova o di altre sostanze azotate, è in genere proscritta come più dannosa ed intossicante che utile, un solo metodo di cura ho visto usato ovunque con fede e con successo, ed è metodo e gloria italiana: il pneumotorace.

Si sono fatte modificazioni diverse, e che non sempre mi sono apparse utili, al primitivo apparecchio di Forlanini, si son ideati nuovi strumenti per la punzione della pleura, si adoperano, oltre l'azoto, miscele di gas diversi, ma il metodo è sempre quello del nostro illustre compatriota.

In Svizzera e in Belgio si continuano ad adoperare con molta prudenza le varie tubercoline, ma limitandole a quei casi in cui i focolai tubercolari fibro-caseosi hanno acquistato un certo grado di torpidità che occorre in qualche modo modificare. In qualche sanatorio si è tentata una specie di autotubercolizzazione, provocandola con l'assoggettare gli infermi a certe graduali fatiche (cura di fatica). I malati sono fatti lavorare per solito a costruzioni stradali, ma più che altro tali pratiche hanno lo scopo di riadattare i convalescenti a riprendere qualche attività e di saggiarne la resistenza.

In Francia oggi la tubercolinoterapia si adopera poco nei sanatorî, eccetto che in quello di Guinard a Bligny: dipende forse un poco dall'origine *Boche* del metodo, ma è così.

Del resto anche il famoso metodo di ricalcificazione del Ferrier, quantunque preconizzato da molti autori francesi, è poco usato oggidì.

Lo stesso dicasi della opoterapia epatica, che pure per opera del Gerard e del Lemoine ebbe in Francia qualche seguace.

Si stanno ora esperimentando in alcuni Sanatorî francesi le iniezioni endovenose dei così detti solfati di terre rare (neodimio, praseodimio, samario) che determinerebbero un'intensa nonchè durevole leucocitosi mononucleare con azione battericida; ma i risultati sono, per ora, assai incerti e poco confermati.

In conclusione nulla di nuovo in questo campo, e lo specifico antitubercolare resta ancora da trovarsi purtroppo, ed è appunto per questo che occorre dare sempre maggiore incremento agli Istituti di cura igienica e razionale, che sono i soli che abbiano fatto buona prova.

Circa la cura elioterapica, che un autore francese, il Malgat, volle applicata anche alla tubercolosi interna, è ora limitata quasi da per tutto solo alle forme chirurgiche nelle quali dà naturalmente brillanti risultati, ma è ritenuta molto spesso più pericolosa che utile nelle forme polmonari.

Il sole è invece largamente impiegato come mezzo di redenzione e di salute nei numerosi istituti di cura per i bambini predisposti. L'organizzazione dei preventorî infantili, ben costituita anche in Belgio, assurge in Francia ad un massimo di sviluppo e di perfezione.

Questa provvida azione, resa tanto più necessaria in Francia dalla minaccia sempre incombente della diminuzione delle nascite, raccoglie in un solo fascio molte istituzioni che si completano a vicenda, e merita ogni ammirazione.

Vi sono stabilimenti di ricovero per i fanciulli di tutte le età, sani e minacciati dall'infezione per la malattia dei parenti, *crèches*, nidi, case materne, colonie e scuole campestri; vi sono istituti di cura per i bambini malati, debitamente distinti in ricoveri per i fanciulli affetti da tubercolosi non evolutiva, per quelli affetti da forme ossee, da forme ganglionari e da forme polmonari.

L'ufficio pubblico d'igiene sociale della città di Parigi soltanto dispone di ben *ventisei* di queste varie opere di redenzione dell'infanzia, ed è esempio che occorre augurarsi venga presto imitato presso di noi italiani, che possediamo, come unica e invidiata ricchezza, tanto splendore di sole e tante salubri e gioconde campagne e spiagge marine, perchè soltanto col sottrarre e difendere dalla contaminazione tubercolare i piccoli esseri che rappresentano tutte le nostre migliori speranze, potremo contare di debellare veramente il morbo che minaccia e miete tante vittime e contro il quale ogni altro sistema di lotta è troppo spesso vano e mal sicuro.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Gli esami fisici del vago.

(T. MOSLER e G. WERLICH. *Münchn. Med. Wochenschrift*, n. 41, 1920).

I processi della vita organica sono retti nell'uomo dal sistema nervoso centrale, dal sistema vegetativo e dal complesso delle glandole endocrine. Mentre il primo sistema cosiddetto sistema nervoso animale dirige principalmente i muscoli striati, il sistema vegetativo regola in stretta connessione con le secrezioni interne gli organi la cui attività non è sottoposta alla volontà, dunque quelli a muscolatura liscia e le glandole.

Il sistema vegetativo si compone ontologicamente, anatomicamente e fisiologicamente di 2 componenti ben distinti, il sistema simpatico e il sistema autonomo. La differenza fisiologica di questi due sistemi si dimostra in special modo nelle reazioni farmacologiche: alcuni farmaci agiscono in modo elettivo sul sistema simpatico (adrenalina), altri su quello autonomo (pilocarpina, atropina).

Sulla base di questi fatti fisiologici e farmacologici Eppingher ed Hess costruirono la loro dottrina della vagotonia. Essi trovarono in un determinato gruppo di malati un'alterazione dell'equilibrio normale del sistema nervoso vegetativo, cioè permanente aumento o diminuzione di tono in uno dei componenti di esso, vago e simpatico. Essi divisero i loro malati in due gruppi ben distinti: il gruppo dei vagotonici (individui ipersensibili alla pilocarpina, iposensibili all'adrenalina) e quello dei simpaticotonici (ipersensibili all'adrenalina, iposensibili alla pilocarpina).

Se anche gli studi successivi non hanno in tutto dato ragione ad Eppingher ed Hess (p. es., è stato dimostrato che un aumento di tono nel sistema autonomo non deve essere necessariamente accompagnato da una diminuzione di tono in quello simpatico) pure la determinazione dello stato del sistema nervoso vegetativo ha conservato, per varie malattie, un valore indiscusso. Alcuni metodi fisici, permettono una tale determinazione in modo rapido, così da renderla possibile anche durante le consultazioni.

Gli esami fisici del vago sono basati tutti su una stimolazione diretta o indiretta del nervo; l'effetto di tale stimolazione (eccitabilità del sistema nervoso autonomo) si studia sul cuore.

Gli esami principali sono quattro:

1° L'aritmia respiratoria. Nei vagotonici l'inspirazione provocherebbe un'acceleramento del polso e una diminuzione dell'onda di esso, l'espirazione un rallentamento del polso e un rafforzamento dell'onda. Wiersma ha però osservato, che indipendentemente dalla vagotonia tale comportamento si osserverebbe quando l'attenzione è deviata o l'attività psichica meno intensiva, dunque specialmente nel sonno profondo, nei bambini e nei nevrastenici. Ciò diminuisce il valore dell'aritmia respiratoria come indice di vagotonia.

2° La pressione sul vago (Czermak).

La pressione sul vago al collo ha nei vagotonici un'azione negativamente cronotropa. Molti autori (Wenckebach, Weil, Hering) attribuiscono tale fenomeno non alla vagotonia, ma ad altri fattori (stato del miocardio).

3. Il riflesso oculo cardiaco (Aschner).

Nei vagotonici la pressione sui bulbi oculari provoca una bradicardia talora intensa. Questo riflesso come pure gli altri rilevabili all'esame fisico del vago, non è in tutti i momenti costante nè uniforme; in certi periodi i vagotonici possono non presentare il riflesso.

4° La prova del rannicchiamento (Erben). Se si fa sedere un vagotonico coi ginocchi completamente flessi e la testa ripiegata sul petto, si osserva un improvviso rallentamento del polso, che può durare fino ad un minuto.

POLLITZER.

MEDICINA.

Sulla causa dell'ipertrofia cardiaca e dell'aumento della pressione sanguigna nella nefrite.

(Prof. JAWEIN. *Berlin. Klin. Woch.*, n. 37).

Molte sono le ipotesi per spiegare l'ipertrofia cardiaca e l'aumento di pressione sanguigna nelle malattie renali: Traube, Cohnheim ed altri ne ricercarono la causa nei momenti meccanici, Johnson, Senator, Huchard e altri nelle sostanze chimiche, che elevano il tono dei vasi periferici, Gull e Sutton in una fibrosi delle piccole arterie periferiche, Bohl, Debove e Letulle in alcuni processi infiammatori del cuore stesso.

Le sole teorie che son rimaste, e di maggiore interesse, sono la meccanica e la chimica; ma, secondo l'A. nè l'una nè l'altra valgono a spiegare finora le alterazioni cardiache e l'aumentata pressione vasale.

Gli esperimenti fatti per la teoria chimica dimostrerebbero che la ritenzione di prodotti azotati possa determinare un aumento di pressione e quindi la ipertrofia del ventricolo sini-

stro; però si sa che in molte nefriti acute e croniche, come anche nel rene arteriosclerotico, non v'è ritenzione alcuna dei prodotti azotati e pure esiste un notevole aumento della pressione ed ipertrofia del ventricolo sinistro.

Si sa inoltre che nelle nefriti si riscontra non solo l'ipertrofia del ventricolo sinistro, ma quella di tutto il cuore. La teoria meccanica non vale neanche a spiegare il fatto, poichè non solo non è sufficiente la soppressione di molti piccoli vasi del rene, che rendono difficile il circolo nel sistema venoso, per determinare l'aumento della pressione sanguigna generale, ma questo non si verifica neanche con la completa legatura delle arterie renali. Secondo l'opinione di Traube la ritenzione di acqua nel sangue nelle nefriti sarebbe causa di un maggior lavoro del cuore e quindi dell'ipertrofia; ma ciò non è esatto, perchè si sa come nella nefrite interstiziale, dove si osserva una alta pressione sanguigna ed imponente ipertrofia cardiaca, esiste sempre poliuria, cioè nessuna ritenzione di acqua.

Le osservazioni e gli studi fatti per lunghi anni dall'A., già pubblicati, lo autorizzano ad affermare che la vera causa fondamentale dell'aumentata pressione e dell'ipertrofia di tutto il cuore sta nella rallentata eliminazione dell'acqua nel rene. Non v'ha dubbio che la ipertrofia tanto del ventricolo destro che del sinistro è dovuta al maggior lavoro del cuore e che la ipertrofia di tutto il cuore ha luogo quando la quantità del sangue, che lo attraversa, è notevolmente e permanentemente aumentata, e però ha grandissima importanza ed influenza sul lavoro cardiaco la quantità di acqua che si ingerisce. Se a reni normali 1500 cc. di acqua vengono eliminati in 2½ o 3 ore, in alcune affezioni renali occorrono invece 4, 6 od 8 ore e talora di più; è evidente quindi che se per cattiva eliminazione dell'acqua dal rene essa rimane nel sangue 2 ore di più sarà per questo aumentato il lavoro del cuore e maggiormente lo sarà per quanto maggiore è il tempo in cui l'acqua permane nel sangue. Se si considera la enorme quantità di acqua che gli ammalati di diabete insipido introducono e la sollecitudine con cui essa viene eliminata dai reni, si nota come il sangue è sempre povero di acqua, che gli ammalati son sempre assetati e che il cuore, malgrado tale notevole introduzione di acqua, non aumenta il suo lavoro, non è affatto ipertrofico nè è aumentata la pressione sanguigna. Ciò sta a dimostrare che il maggior lavoro del cuore non è dovuto tanto alla *quantità* di acqua introdotta quanto alla *sollecitudine* con cui essa viene eliminata dai reni. L'A. conferma questo concetto esaminando il modo di eliminazione dell'acqua in tutte le glomerulonefriti acute e croniche, nei reni arteriosclerotici, nella asportazione di un rene, nelle nefrosi acute e croniche, nelle nefroso-nefritidi acute.

Concludendo, l'A. afferma che in tutte le malattie renali, nelle quali è diminuita l'attività di eliminazione dell'acqua e nelle quali per ciò essa è ritenuta in quantità maggiore del normale nel sangue, si osserva ipertrofia cardiaca ed aumento della pressione sanguigna. Tanto la ipertrofia quanto l'elevazione della pressione mancano tutte le volte che non è alterata la funzione renale di eliminazione dell'acqua e che, per conseguenza, il sangue rapidamente si libera dell'eccesso dell'acqua stessa. Nella rallentata eliminazione dell'acqua nelle malattie renali si deve riconoscere quindi la vera causa della ipertrofia cardiaca e della aumentata pressione sanguigna.

DE CHIARA.

Intorno alla paralisi dell'orecchietta destra e al polso venoso relativo.

(Dott. FILIPPO FRANCHINI. *Le malattie del cuore e dei vasi*, n. 9, 30 settembre 1920).

L'autore presenta dapprima tracciati venosi di una malata di stenosi mitralica (corredati dai rispettivi tracciati cardiaci ed arteriosi) i quali mancano costantemente dell'onda auricolare, mentre, nel rimanente tratto della curva, non si discostano sensibilmente dal normale. Ritiene che questa sia la forma di polso venoso esprimente la paralisi dell'orecchietta destra.

A conferma di questa supposizione riporta la storia clinica ed i tracciati venosi di un altro malato di cuore (pur essi corredati dai tracciati cardiaci ed arteriosi). Questi mostrarono, fino agli ultimi giorni di vita, l'intera curva completamente normale. Pochi giorni prima della morte il polso divenne lento, irregolare e dalla curva delle vene sparì l'onda auricolare, sicchè il polso venoso divenne simile a quello del primo malato.

L'autopsia mostrò una vasta trombosi dell'atrio destro; il trombo riempiva tutta l'auricola ed una buona parte dell'orecchietta. Poichè il polso del malato, quale era diventato pochi giorni prima della morte, era del tutto simile a certi polsi venosi riportati dal Mackenzie e da lui e da altri già interpretati come dovuti al ritmo nodale, l'a. ritiene che per il suo caso,

questa spiegazione non sia sostenibile perchè la contrazione simultanea dell'atrio e del ventricolo, la quale è la circostanza determinante del ritmo nodale, non poteva accadere in causa del grosso trombo il quale doveva evidentemente impedire all'atrio di contrarsi. L'onda positiva protosistolica con cui cominciava il polso venoso doveva però riguardarsi, non come dovuta alla contrazione dell'atrio, ma come rappresentante dell'onda *c* del polso venoso normale.

L'autore confuta l'opinione oggi prevalente che il polso venoso da paralisi auricolare sia caratterizzato dalla scomparsa del collasso venoso sistolico e dalla comparsa di un'onda sistolica positiva in posto di quello. L'argomento principale è il seguente. Il collasso venoso sistolico fisiologico è dovuto non solo alla diastole dell'atrio, ma anche alla sistole del ventricolo. Di questi due fattori, l'ultimo è il più importante in quanto è più valido, più persistente e meno mutevole. La semplice paralisi auricolare non basta pertanto a fare sparire il collasso venoso sistolico. L'effetto della paralisi auricolare sul polso venoso è la scomparsa dell'onda positiva presistolica. Quando sparisce anche il collasso sistolico vuol dire che vien meno l'energia della sistole ventricolare, la quale, come è noto, si converte, rispetto alle vene, in una aspirazione di sangue da queste nell'atrio. Quando l'atrio è paralizzato e successivamente è venuta meno anche l'energia sistolica del ventricolo, il sangue, durante la sistole, si accumula nelle vene: donde la scomparsa del collasso sistolico venoso e la comparsa in sua vece di un'onda positiva.

Se, per effetto anche più grave dell'asistolia ventricolare, si sia formata insufficienza tricuspidale, si potrà avere anche un rigurgito sistolico dal ventricolo destro nelle vene. L'autore crede che non sia sempre possibile distinguere il polso venoso positivo, così detto da paralisi auricolare, cioè da asistolia ventricolare, dal vero rigurgito tricuspidale. Le due cagioni possono benissimo sommarsi.

L'autore riporta infine passi del Morgagni dai quali risulta che Egli non solo aveva descritto con chiarezza somma il polso venoso fisiologico, e distinto questo dal polso di tipo ventricolare, ma anche valutato in modo esatto l'effetto idraulico della paralisi auricolare sul corso del sangue nelle vene e sulla forma del polso di queste.

L. P.

CHIRURGIA.

Le operazioni anchilosanti nel trattamento del morbo di Pott.

(M. LANCE. *Gazette des Hôpitaux*, nn. 34 e 36, 1920).

Due importanti indicazioni nel trattamento locale del morbo di Pott sono: mettere a riposo il focolaio tubercolare ed opporsi alla flessione del rachide, finchè si attende la riparazione e la consolidazione spontanea.

La riparazione del focolaio richiede degli anni e non si effettua che quando c'è il contatto fra la vertebra superiore e quella inferiore: gli archi vertebrali si saldano poi producendo così un'immobilizzazione spontanea definitiva.

Sono state studiate queste saldature spontanee e si è pensato di affrettarle con un atto operatorio.

La prima operazione di legatura delle apofisi spinose è stata tentata da Hadra (U. S. A.) nel 1891; poi in Francia nel 1893 da Chipault; nel 1910 da Lange (di Münich).

È nel 1911 con Hibbs e Albee di New York che l'osteosintesi della colonna vertebrale nel morbo di Pott entra veramente nella pratica. Da questo momento operazioni e pubblicazioni si moltiplicano: il costante splendido risultato, cioè la ripresa della vita ordinaria, senza apparecchio, alla fine di qualche settimana di letto, ha fatto rapidamente progredire il metodo negli Sati Uniti e di lì per tutto il mondo.

Tecnica operatoria. — Metodo di Hibbs. — In una prima descrizione, Hibbs (1911), con una incisione mediana della pelle, scopriva gli apici delle apofisi spinose.

Questi e le facce laterali sono interamente denudati di tutti i tessuti, compreso il periostio, e ciò a livello delle vertebre malate e di una vertebra sana al disotto e al di sopra.

Si pratica poi con pinza tagliente una sezione incompleta dall'alto al basso della base delle apofisi spinose.

Si completa la frattura *en bois vert* in modo da far cadere l'apofisi verso il basso e condurre la punta della superiore a contatto della superficie di quella che è al disotto.

La ferita è chiusa in seguito con sutura dei piani muscolo-fibrosi e della pelle.

Nel 1912 Hibbs completa questo modo di fare, un po' insufficiente, col denudare la faccia posteriore delle lamine fino alla base delle apofisi trasverse. Di più egli consiglia, con un raschiatoio curvo, di denudare, passando sotto l'orlo inferiore delle lamine, la base della loro faccia

anteriore (quella che fa parte del canale rachidiano), di rompere un po' questo bordo inferiore delle lamine in modo da colmare lo spazio compreso tra le due lamine sovrapposte con delle particelle ossee.

Nel 1914 Hibbs porta una nuova modificazione.

Per produrre l'anchilosi delle articolazioni vertebrali, dopo tolti i legamenti, si cerca sulla base delle apofisi trasverse l'interlinea articolare. Con una forbice stretta, affondata orizzontalmente, si tagliano le superfici articolari.

Basta dare uno sguardo al canale rachidiano, per rendersi conto, in caso di sdrucciolamento, del pericolo a cui sono esposti il midolo, le radici, le reti venose con simile tecnica.

Hibbs sembra avervi rinunciato, perchè dal 1916 sostituisce alle forbici una piccola *curette* che distrugge le cartilagini.

Inoltre egli pensa che l'anchilosi rachidiana ottenuta colla saldatura delle apofisi spinose, delle lamine, delle apofisi articolari basta senza alcun innesto.

Albee, invece, dice che la presenza di un innesto è necessaria.

Operazione d'Albee. — Questa operazione consiste nel fendere longitudinalmente le apofisi spinose sulla linea mediana, dalla sommità alla base, poi nel fratturare *en bois vert* una delle metà, rovesciandola di lato colle parti molli. L'insieme forma una doccia profonda limitata dalle sezioni delle spine. Un innesto è prelevato sulla tibia, poi solidamente fissato nella gronda con dei punti di tendine di canguro, infine, le metà delle apofisi spinose sono ravvicinate al massimo colla sutura dei muscoli e dei legamenti sopraspinosi. Dapprima Albee faceva la sezione delle apofisi e della tibia colla sgorbia e col martello.

Albee e la maggior parte dei chirurgi hanno a poco a poco sostituito la forbice con una sega circolare (motore elettrico o a mano), più rapida, meno traumatizzante.

Per il taglio dell'innesto, invece di due tratti di sega parallele, Albee adopera due seghe accoppiate. L'innesto, come lo taglia Albee, è una listerella di lunghezza variabile; da 15 a 18 mm. di larghezza su 8 a 12 mm. di spessore. Cedevole nel fanciullo, è rigido nell'adulto.

Allora non può adattarsi alla curvatura della gibbosità e bisogna sezionarlo parzialmente dal lato opposto al periostio. Quest'ultimo deve sempre esser rispettato, perchè è utile alla vitalità dell'innesto.

Si è cercato di semplificare la presa dell'innesto (Beimett, Whitmann, Gallie). E così ha variato anche il modo di preparare il suo letto (Halstead, Lambert, Duval, Henderson, Dujarier).

Si tende attualmente: 1° ad aumentare al massimo le superfici di denudazione; 2° a fissare l'innesto nella doccia vertebrale. Si viene insomma ad una combinazione dei metodi di Hibbs e Albee. Si tende pure a fare la fissazione più lunga, almeno due vertebre sane al disopra e al disotto del focolaio clinicamente delimitato: e ciò per prudenza, perchè il focolaio è sempre più esteso di quel che non si pensi.

Valore comparativo delle due tecniche. — L'operazione di Albee ha avuto molti più partigiani.

Si accusa Hibbs di esporsi di più ad aprire il focolaio tubercolare, e di far avere nell'adulto un callo poco fornito. Al contrario altri preferiscono il metodo Hibbs, perchè la superficie di accollamento osseo è più estesa e si ravvicina di più alla guarigione naturale: specie nei fanciulli si hanno dei buoni risultati.

Infine, si nota che il metodo di Albee si applica sopratutto alla regione lombare e dorsolombare, dove il gibbo è poco voluminoso, e le docce vertebrali strette e profonde.

Il metodo di Hibbs conviene piuttosto al dorso, luogo di grossi gibbi, dove le lamine embricate si toccano e dove le docce sono larghe e poco profonde.

Complicazioni. — *Operatorie*: 1° Mortalità operatoria (anestesia, *shock*, embolia grassa) è quasi nulla (1.4 a 2 %);

2° Apertura del canale rachidiano;

3° Apertura del focolaio tubercolare.

Post-operatorie: 1° Frattura dell'innesto;

2° Necrosi. Eliminazione dell'innesto;

3° Sporgenza degli estremi dell'innesto attraverso la pelle;

4° Frattura della tibia.

Evoluzione dell'innesto e dell'anchilosi ossea. L'innesto si riassorbe a poco a poco ed è rimpiazzato da osso nuovo a cui esso fornisce una parte degli elementi necessari (i sali di calcio). Il riassorbimento dell'innesto può nei giovani avvenire più rapidamente della formazione dell'osso nuovo. L'innesto si salda e aderisce intimamente alla fine di qualche settimana. Questa fusione si fa a mezzo di un callo fibroso che diviene osseo solo dopo più di 6 mesi. L'innesto s'allunga agli estremi, sopratutto se questi non sono stati fissati a delle apofisi spinose, fa sporgenza e necrosa la pelle. L'innesto segue la cresciuta di chi lo porta. Esso s'ispessisce, si allarga e forma una massa ossea anche due o tre volte più voluminosa dell'innesto primitivo. Il focolaio tubercolare resta in attività

per mesi ed anni ed anche può progredire malgrado l'immobilità.

Radiografie. — Maragliano ha dimostrato con una serie di radiografie l'evoluzione dell'innesto.

Appena inserito, l'innesto è molto opaco e quindi molto visibile rispetto alle vertebre decalcificate dalla tubercolosi su cui è impiantato; poi questa differenza si attenua fino a scomparire, perchè esso dà alle ossa vicine i sali di calcio necessarî alla loro ricostruzione.

Constatazioni cliniche. — Si può constatare colla mano e colla vista l'ipertrofia dell'innesto dopo alcuni mesi, e il conservarsi della mobilità del dorso malgrado l'innesto. La saldatura di 5-6 vertebre non pregiudica affatto la funzione del rachide.

Valore meccanico dell'anchilosi degli archi posteriori. — L'osteosintesi degli archi posteriori nel morbo di Pott mira a due scopi meccanici: 1° l'immobilizzazione assoluta delle vertebre malate; 2 fare ostacolo all'inflessione vertebrale sotto il peso del tronco nella stazione verticale, donde soppressione del decubito e del portare un apparecchio di sostegno.

Trattamento post-operatorio. — Trattamento locale. — 1° periodo: Decubito. Tutti gli autori ammettono che dopo l'operazione il riposo a letto, con o senza immobilizzazione, sia necessario. Ma varia la durata del riposo: chi dice da una a dieci settimane, chi da 3 a 9 mesi.

2° periodo: Apparecchio di sostegno. Albee proclama l'inutilità di ogni apparecchio di sostegno. Ma nel congresso di Berlino del 1914 si è convenuto che il malato porti un busto quando comincia a camminare E questo per settimane e mesi e talvolta per anni.

Trattamento generale. — È necessario che per varî mesi ed anche per 2-3 anni l'ammalato viva il più possibile all'aria aperta e pratichi l'elioterapia.

Risultati. — Molte statistiche sono state pubblicate; ma esse non hanno grande valore, perchè i diversi chirurgi erano posti in condizioni diverse. Noi ci riferiremo a 159 casi pubblicati dagli autori: Gallie, Iohn, Girdlestone, Maragliano, Rugh.

Mortalità. *Operatoria*: Può esser valutata fra 1,4 e 2 per 100.

Post-operatoria: Vi si comprendono i decessi rapidi e a distanza.

Nei primi 3 mesi su 144 casi si sono avuti 6 morti per meningite o tubercolosi generalizzata. Dopo un anno fino a 5 anni dopo l'operazione abbiamo 17 morti (7 di meningite, 3 di tubercolosi generalizzata, 3 di tubercolosi polmonare, 1 di degenerazione amiloide, 3 di malattie intercorrenti). Quindi la mortalità totale operatoria e post-operatoria su 144 casi si eleva a 17,4 %, di cui 15,4 di morte operatoria o di tubercolosi consecutiva.

Risultati secondo l'età. — Su 119 osservazioni troviamo:

al di sotto di 5 anni 59 % di migliorati o guariti, 29 % morti;

da 5 a 12 anni 63 % di guariti o migliorati, 18 % morti;

da 13 a 20 anni 66,6 % di guariti o migliorati, 22 % morti;

adulti 86,2 % guariti o migliorati, 10,4 % morti.

Dunque la mortalità è molto grande presso i piccoli fanciulli, diminuisce più tardi e diviene quasi la metà negli adulti.

Risultati secondo la sede. — Sono molto buoni per lesioni della regione lombo-sacrale. Per le regioni lombare, dorso-lombare, dorsale media i risultati si equivalgono, un po' inferiori a quelli della regione lombare, a causa della frequenza di casi operati con ascessi o fistole.

I casi operati alla regione dorsale superiore sono rari, e i risultati mediocri. Albee al congresso di Berlino ha fatto notare che i più bei successi si ottengono nelle lesioni basse della colonna vertebrale anzichè nelle alte.

Risultati secondo la durata del morbo di Pott al momento dell'operazione. — Di fronte a lesioni eguali il coefficiente di curabilità aumenta a misura che la lesione invecchia. La mortalità è grande se si opera troppo presto, in periodo di attività, come in tutte le tubercolosi ossee. Dopo il secondo anno, la percentuale delle guarigioni si alza presto, e raggiunge il suo massimo nei casi molto antichi, malgrado la presenza di seni fistolosi e di tubercolosi polmonare.

Azione sugli ascessi e le fistole. — Nei malati operati e che hanno degli ascessi, questi guariscono spontaneamente senza svuotarli nè farvi iniezioni riassorbenti. Però non tutti: anzi certe volte, malgrado l'osteo-sintesi, degli ascessi sono comparsi dopo l'operazione. Dunque se l'immobilizzazione operatoria del focolaio esercita un'azione benefica sugli ascessi già esistenti, non impedisce però al focolaio di continuare il suo decorso, e a nuovi ascessi di formarsi.

L'azione sulle fistole è trascurabile.

Azione sulla gibbosità. — Sulla gibbosità si agisce in due modi:

1° azione preventiva: se si operano dei malati al principio, con un grosso innesto lungo e solido, non si formano gibbosità.

2° Azione di sostegno. Hibbs non cerca di

ridurre la deviazione, ma di fissarla semplicemente così com'è. Albee consiglia il raddrizzamento dolce al momento dell'operazione. Perchè l'innesto possa avere azione di sostegno occorre che sia rigido e che l'individuo porti per lungo tempo un corsetto o altro mezzo di contenzione dopo operato: altrimenti l'esperienza mostra che le gibbosità raddrizzate o migliorate recidivano in seguito. È possibile migliorare soltanto le gibbosità recenti nell'adulto nel fanciullo e nelle gibbosità voluminose e antiche è molto problematico.

Azione sulla paraplegia e i fenomeni spasmodici. — Salvo qualche caso molto felice di rapida guarigione della paraplegia, la maggior parte degli autori conviene che l'andamento della paraplegia è poco o punto influenzato dall'innesto. Non si comprenderebbe d'altra parte un'azione diretta sulla paraplegia: questa è nella gran maggioranza dei casi dovuta ad un ascesso intrarachideo; la sua scomparsa è dunque legata all'evoluzione del focolaio medesimo.

Azione sul dolore. — Coll'innesto che immobilizza istantaneamente la colonna vertebrale si ottiene la cessazione del dolore Albee dichiara che il dolore scompare in 3 giorni. Questa rapida azione è notata da molti altri. Maragliano fa notare che non è solo il dolore spontaneo che scompare, ma anche il dolore provocato dalla pressione. Però quest'azione non è assoluta: a volte il dolore scompare dopo mesi.

Azione sul focolaio tubercolare. — L'anchilosi vertebrale se raccorcia la durata del trattamento locale non modifica in nulla quella del trattamento generale: ciò suppone ch'essa agisce poco sull'evoluzione e la durata del focolaio tubercolare.

Colla cessazione del dolore, essa permette al malato di dormire, inoltre gli permette di camminare al più presto e di vivere all'aria libera, invece che in una sala di ospedale.

L'azione sullo stato generale è perciò indiretta.

Indicazioni. — I fatti hanno dimostrato che è necessario di scegliere gli ammalati da operarsi, basandosi sull'età, sulla sede, sull'antichità della lesione.

1° *Età.* — Non si devono operare i fanciulli troppo piccoli; sotto i 5 anni si sopporta male l'operazione e le recidive sono frequenti. All'adulto invece si dà la possibilità di riprendere subito il cammino il che è di una importanza grande terapeutica e sociale.

Sede. — Si sono sopratutto operati morbi di Pott lombari e dorso-lombari e invece i cervico-dorsali e i dorsali superiori sono quelli che forniscono le grosse gibbosità e le paraplegie. È in queste regioni che sarebbe interessante d'intervenire a titolo preventivo.

Età della lesione. — La maggioranza degli autori consiglia di operare il morbo di Pott antico; altri invece operano subito, cercando sopratutto l'azione preventiva dell'innesto sulla gibbosità.

Controindicazioni. — Nè la presenza di ascessi (se non posteriori) nè quella di fistole (se sono lontane dal campo operatorio) sono considerate come controindicazioni. La paraplegia da alcuni è considerata come controindicazione, da altri come indicazione d'intervento. Alcuni chirurgi non operano le grosse gibbosità. Si sono pure operati portatori di lesioni polmonari e anche con coesistenza di coxalgia.

La sola controindicazione formale è il cattivo stato del malato.

CONCLUSIONI.

I risultati che si traggono dalle operazioni anchilosanti nel morbo di Pott, non sono affatto trascurabili.

Ciò che non bisogna perdere di vista è che, senza azione sull'evoluzione, la durata del focolaio, il trattamento locale non può per niente modificare il trattamento generale base della cura.

Poche e di effetto dubbio sono le indicazioni d'intervento nei fanciulli, invece nell'adulto queste operazioni sono un coefficiente prezioso al trattamento classico. Per la loro azione sul dolore, per l'abbreviamento del periodo del decubito, per la ripresa rapida della deambulazione, esse permettono al malato di guadagnarsi la vita e di fare un trattamento generale che la sua condizione sociale gli vieta troppo spesso.

B. MASCI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

I batteriofagi.

(V. PUNTONI, *Annali d'Igiene*, 1920, n. 10).

Nel 1915, Twort osservò che alcune culture in agar di microbi della linfa vaccinica glicerinata, presentavano delle aree trasparenti. Se in tali culture vi erano colonie di speciali micrococchi, queste risultavano nel successivo innesto spesso morte o, se vive, davano origine a nuove colonie trasparenti e di aspetto vitreo. Deponendo sopra una colonia normale di questi cocchi, una traccia di materiale proveniente da una colonia vitrea, questa diveniva a sua volta vitrea: il materiale vitreo in assenza di colonie normali di cocchi non cresceva mai e conservava la sua attività per oltre sei mesi.

Nel 1917 D'Herelle notava che i filtrati di deiezioni dissenteriche hanno la proprietà di uccidere e disciogliere i b. dissenterici e che il « quid » batteriofago si comporta come un essere che si moltiplica, onde i lisati di b. Shiga, ad. es., vengono ad acquistare il valore di vere culture di batteriofago.

Normalmente il batteriofago si ritrova nel periodo che precede la convalescenza e dilegua subito all'inizio di questa; per isolarlo si emulsionano poche gocce di feci liquide in brodo e si filtra per candela Chamberland; il filtrato, sterile dal punto di vista batterico, contiene puro il batteriofago.

Il D'Herelle ha dimostrato la presenza del batteriofago in diverse malattie e l'attività di esso verso molteplici batteri: b. Shiga, b. Flexner, b. Hiss, b. tifico, paratifici A e B, b. enteritidis, b. dell'Hog Cholera, b. coli, proteus, b. sanguinarum, b. pullorum.

Posta la questione dell'unicità o della pluralità del batteriofago, il D'Herelle ha osservato che un batteriofago anti-Shiga, attivo anche sul tifo e sui paratifi, ha conservato tale proprietà dopo un migliaio di passaggi eseguiti su emulsioni di b. Shiga; è evidente che se si fosse trattato di una miscela di batteriofagi diversi, solo l'anti-Shiga avrebbe dovuto conservarsi per successive culture e gli altri avrebbero dovuto esaurirsi per le successive diluizioni. La specie sarebbe quindi unica, sempre esistente nell'intestino ed attiva mediocremente, in condizioni normali contro il colibacillo. Il D'Herelle propone al batteriofago il nome di « *Bacteriophagum intestinale* ».

Nei disturbi intestinali banali cresce l'attività anti-coli; nelle affezioni specifiche dopo un aumento dell'attività anti-coli si avrebbe una manifestazione di attività verso il germe specifico, e talora verso parecchi germi diversi.

Tutti i tentativi di cultura del batteriofago su terreni di culture speciali, hanno fallito, cosicchè il batteriofago può considerarsi un parassita obbligato: così come il virus rabico si conserva in serie sui conigli, esso si riproduce in serie sui batteri pei quali è patogeno: solo i batteri viventi forniscono un *pabulum* adatto pel batteriofago: i batteri morti non vengono disciolti e si conservano inalterati.

Il batteriofago è resistentissimo agli antisettici nè è alterato dall'alcool, acetone, etere, cloroformio.

Il D'Herelle pensa che il batteriofago sia un virus patogeno figurato di dimensioni piccolissime: le piccole aree trasparenti, non coltivate, che si osservano nelle agarculture dei batteri attaccati dal batteriofago rappresentano altrettante colonie derivate ognuna da un singolo individuo e basterebbero 1-2 batteriofagi seminati in una emulsione bacillare per distruggerla. Le dimensioni, dalle prove eseguite dal D'Herelle, risulterebbero prossime a quelle della molecola albuminoide.

Kabéshina ritiene il batteriofago un fermento solubile: ne starebbero a riprova il modo rapidissimo di azione, la resistenza a temperature assai elevate ed agli antisettici, la conservabilità per anni, la precipitabilità con acetone e l'estrattività con etere; propone per esso il nome di *fermento d'immunità batteriolizzante*.

La presenza del batteriofago coincide sempre con i miglioramenti del malato: secondo D'Herelle questi sarebbero la conseguenza di una aumentata distruzione dei batteri patogeni per parte del batteriofago: inoltre esperimenti eseguiti sugli animali dallo stesso D'Herelle avrebbero dimostrato il potere curativo e preventivo dei liquidi batteriofagici: non risulta però siano stati fatti esperimenti sui malati.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Nouveau Traité de Médecine, diretto dai proferrosi G. H. ROGER, F. WIDAL, P.-J. TEISSIER, segretario di redaz.: Prof. M. GARNIER. In 21 volumi in-8. — Masson & C.ie, editori, Parigi. — Vol. 1°, di pag. 482 con 55 figure e 3 tavole a colori. Rilegato. Prezzo fr. 35.

Si è ora iniziata la pubblicazione di questo grandioso trattato, che continua le tradizioni gloriose di quello diretto da Charcot, Bouchard e Brissaud il quale è già invecchiato in quanto che la medicina progredisce, con rapidità straordinaria e la guerra, con le sue dolorose esperienze, ne ha accelerato i progressi.

La nuova pubblicazione dimostra una vasta e complessa organizzazione, che permetterà di approntare in un paio d'anni — quanti ne sono previsti — un così ingente e poderoso lavoro.

Soltanto la certezza del successo ha potuto indurre la Casa editrice e i direttori ad affrontare le spese ed a sostenere la somma di lavoro che un'intrapresa del genere comporta.

L'immancabile successo è inerente all'universalità della lingua francese, conosciuta dalle persone colte di tutti i paesi civili. Sovratutto l'America latina assorbirà, certo, quantità notevoli della grandiosa edizione; ma questa otterrà indubbiamente anche in Italia un successo incontrastato, malgrado il prezzo elevatissimo. Da parte nostra non possiamo che compiacercene, anche perchè la lingua francese è in un certo senso lingua nostra, tanto poco differisce da quella italiana (ciò noi diciamo malgrado la disparità d'indole ed i contrasti d'interessi che ci dividono ancora dal popolo fratello): essa continua la lingua dei nostri padri ed è la più diffusa delle lingue neo-latine.

Nel programma della Casa editrice, il Nuovo Trattato di Medicina è destinato a rispecchiare degnamente la *scienza francese*, quasi che la scienza avesse frontiere... Per quanto grande possa essere la nostra estimazione della medicina francese, crediamo che la parola abbia tradito il pensiero: non dubitiamo che il trattato rifletterà i progressi scientifici compiuti in tutti i paesi; esso ci offrirà un quadro completo della scienza medica contemporanea.

La lista dei collaboratori include 129 nomi, quasi esclusivamente francesi (vi figurano una dozzina di stranieri, tra cui due italiani, i due Perroncito).

L'autorità dei numerosi collaboratori assicura il valore dei loro contributi; il nome dei tre direttori garentisce la concezione sintetica e l'armoniosa unità dell'insieme.

I volumi saranno venduti separatamente, per agevolarne l'acquisto (tutta l'opera nel suo insieme verrà a costare poco meno di un migliaio di franchi).

Il primo volume è consacrato alle malattie infettive: nozioni generali sulle infezioni, setticemie, streptococcia ed eresipela, pneumococcia e pneumonite, stafilococcia, infezioni da tetrageno, da enterococchi, da cocco-bacillo di Pfeiffer, da diplobacillo di Friedländer, psittacosi, infezioni da protei, infezioni putride, meningogoccia, gonococcia; è redatto da Roger, Sacquépée, Dopter, Menestrier, Stévenin, Macaigne, Veillon, cioè da batteriologi e patologi di valore e quasi tutti di autorità mondiale.

Alle malattie infettive e parassitarie saranno destinati altri quattro volumi.

Nell'insieme, questa monumentale enciclopedia medica risponderà pienamente allo scopo di far profittare i medici colti degli immensi progressi compiuti dalle scienze mediche.

L. V.

C. P. GOGGIA: *Quesiti di diagnostica medica*. Seconda edizione. — Casa Editrice Libraria V. Idelson, Napoli. — Prezzo: L. 28.

Il giudizio sul libro del Goggia è stato già dato dal pubblico medico: la prima edizione si è rapidamente esaurita. La seconda, che è più ricca di notizie e d'illustrazioni, che ha un indirizzo pratico ancor più spiccato, avrà la medesima fortuna.

Se il titolo del libro può far credere ad un manuale di preparazione agli esami per gli studenti, o ai concorsi per i medici neo-laureati, in effetti esso costituisce una guida per l'orientamento del medico nell'esercizio pratico. Il libro è ricco di notizie, che si ricercherebbero invano anche nei più voluminosi trattati.

a. a.

L. FERRANNINI: *I medicamenti usuali*. — Lic. Cappelli, editore, Bologna, 1920. — L. 6.

Il libro nella sua seconda edizione, se pur mantiene il carattere di Prontuario di farmacoterapia corrente «quale alcuni anni fa lo vollero le necessità e i desideri di molti medici pratici», esce arricchito di alcuni capitoli, come quelli dell'organoterapia, della siero e della vaccinoterapia, di rimedî, nuovi e già accreditati dall'uso e dall'esperienza.

In 95 paragrafi l'A. condensa, con sapiente brevità, quanto per il medico pratico rappresenta le necessità quotidiane. I mezzi terapeutici sono elencati per ordine alfabetico; di ognuno sono esposti i caratteri, l'azione, le indicazioni e controindicazioni, i preparati e le dosi, le formule.

A chi scorra il manualetto non sfuggirà quanta sicurezza sia nella scelta dell'A. nell'abolire il superfluo, nel fissare il necessario; quanta diligenza ed accuratezza nel proporre le formule più accreditate dall'uso e dal consenso dei migliori terapisti. Il libro è per i medici pratici.

Il favore già incontrato dalla prima è sicuro augurio per questa seconda edizione, che completa e migliora il frutto di un'utile iniziativa.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(*Nostri resoconti particolari*).

Il Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Il 9 e 10 novembre si tenne a Genova, sotto la presidenza del prof. Enrico Morselli, un Convegno straordinario della *Società Freniatrica Italiana*, ricostituitasi dopo la lunga tregua imposta dalla guerra. Il Convegno, indetto per desiderio espresso da almeno 240 alienisti e neuropatologi italiani, precipuamente in omaggio al Morselli, di cui ricorreva il 40° anno d'insegnamento clinico, ha radunato oltre 60 intervenuti, superando il numero di molti Congressi ordinarii antecedenti. Le quattro sedute assegnate alla Riunione hanno avuto sede nel magnifico Palazzo Spinola, della Provincia, e non sono bastate allo svolgimento completo del programma, di modo che numerose comunicazioni presentate e annunciate saranno aggiunte agli *Atti* che compariranno sulla «Rivista Sperimentale di Freniatria», organo ufficiale della Società.

Nel primo giorno del Convegno il presidente fece una concisa relazione sulle vicende storiche, morali ed economiche del Sodalizio e commemorò molti alienisti e neurologi venuti a mancare dopo il Congresso di Perugia (1911): Augusto Tamburini, e le numerose vittime eroiche del patriottismo, come G. Perusini, D. Carnevale, C. Livi, E. Heusch, U. Lombardi, E. De Ambris, e chi si sacrificò al proprio dovere, come G. Esposito; ricordò poi gli illustri stranieri soci onorarii perduti in questi anni, fra cui Déjérine, Raymond, Gowers, Benedikt, Nissl, Schüle, Alzheimer, Magnan, Ballet, Kurella, Soury.

Il prof. F. Bonfiglio, della Scuola di Roma, riferì sulla «*Anatomia ed istologia patologiche delle psicosi dell'età senile, specialmente della demenza senile*», appoggiando le sue conclusioni su di un imponente numero di nitide e convincenti proiezioni istopatologiche. Alla discussione presero parte C. Colucci, G. Modena, G. Pellacani, E. Morselli, G. Montesano.

Vennero poi fatte nella mattinata e nel pomeriggio del 9 novembre numerose comunicazion isolate di anatomia ed istologia patologiche del sistema nervoso, di eziologia e patogenesi e di clinica neuropsichiatrica da parte dei soci Gustavo Modena di Ancona, Giovanni Pilotti di Roma, Vincenzo Neri di Bologna, Eugenio Medea di Milano, Gerolamo Cuneo di Genova, Luigi Romolo Sanguineti delle Cliniche di Parigi e Genova, Eugenio Duse di Treviso, Ugo Cerletti di Mombello (Milano). Erano annunziate e furono presentate per la stampa negli *Atti* parecchie altre comunicazioni dei soci Luigi Roncoroni di Parma; Riccardo Lombardi di Napoli; Angelo Zuccarelli di Napoli; Eugenio Pio di Imola; F. Bandettini di Genova; Manlio Ferrari di Genova; E. Medea di Milano; Aldo Bertolani di Reggio Emilia.

Nella seduta del 10 novembre si trattarono di preferenza argomenti di psicologia normale e patologica, di profilassi, di psichiatria forense e sociale. Al mattino, il prof. padre Agostino Gemelli riferì sul secondo tema generale: *Rapporti fra Psicologia e Psichiatria*, concludendo in maniera molto riservata sull'applicabilità dei metodi normali (psicometrici, fisiopsicologici, psicofisici, testi mentali, ecc., ecc.) alla investigazione diagnostica e individuale nel campo psichiatrico, e ponendo in vista la superiorità del classico metodo clinico-sintetico. Ciò diede occasione ad una lunga discussione condotta da Enrico Morselli, Giuseppe Montesano di Roma, A. Salmon di Firenze, dall'ing. E. Rignano di Milano, direttore del noto periodico «Scientia», da C. Colucci di Napoli e da altri, ai quali tutti rispose il Gemelli, chiarendo le ragioni e i limiti della sua revisione critica. Al tema suddetto erano connesse alcune comunicazioni isolate di psicopatologia, dei soci E. Rignano, *Sulla incoerenza ed illogicità nel sogno e nella pazzia;* A. Salmon, *Sulla psicologia dei sogni;* C. Colucci, *Sui progressi recenti della Fisiopsicologia*, destinata al simultaneo Convegno della Società Italiana di Psicologia che per ragioni di opportunità si trovò fuso cogli altri due Convegni scientifici della Società Freniatrica e della Società «Pro anormali». Erano annunziate comunicazioni di L. Roncoroni di Parma, Eugenio Weis di Trieste, Giovanni Campora di Genova.

Nella seduta pomeridiana, oltre alla continuazione del dibattito psicologico, vennero uditi i soci Giuseppe Muggia di Sondrio, U. Cerletti, Lorenzo Gualino, che «commentò l'art. 595 del nostro Codice di Proc. Penale»: su questa comunicazione discussero parecchi soci e si concluse con un ordine del giorno diretto ad ottenere che nessuno sia dalla autorità giudiziaria inviato al Manicomio, anche se prosciolto da un'imputazione per allegata pazzia, senza intervento di periti alienisti competenti. Fu poi presentata una memoria del dottor Alessandro Tronconi, di Treviso, «La spedalizzazione dei criminali». Erano state preannunziate parecchie altre comunicazioni dei soci Placido Consiglio di Roma, Luigi Zanon del Bò di Treviso, Piero Ricci di Treviso, G. Antonini di Milano-

Mombello, Gerolamo Mirto di Palermo, M. Kobylinsky della Clinica di Genova, Stefano Gatti di Treviso.

Ma il tempo mancò a tanto lavoro. — Il Comitato delle proposte, formato dei proff. C. Besta, A. Giannelli e dott.ª Bonarelli-Modena, propose che la Società si radunasse possibilmente ogni anno, alternando la sua sede fra Roma ed altra città del Regno, come già si pratica dalla Società Italiana di Medicina interna. La proposta venne accolta dall'unanimità dei presenti. Unanimemente approvata fu la scelta dei temi generali per il prossimo Congresso.

Venne infine presentato e approvato dall'adunanza un ordine del giorno redatto da numerosi convenuti, nel quale, dopo un saluto cordiale ai colleghi della Società Italiana di Neurologia, «considerato che per il progresso completo della Psichiatria e della Neuropatologia è necessario riunire le energie dei cultori delle due branche, che hanno legami così intimi; considerato che la elezione a Presidente della Società Freniatrica di Enrico Morselli, Maestro... così nell'una come nell'altra disciplina, ha avuto il principale significato di non volere scindere più oltre i loro cultori, ma di collegarli in un'azione armonica e proficua ai progressi della Medicina italiana; i presenti ai Convegni scientifici di Genova fanno voti per la fusione delle due Società di Freniatria e Neurologia, anche in ragione dell'esempio degli alienisti e neropatologi di tutti gli altri Paesi, e danno mandato alla Presidenza di volere svolgere un'azione in tale senso».

Il Presidente prof. Morselli osservò che a questo fine aveva già fatto alcuni passi, sfortunatamente non ancora riusciti per una opposizione che egli non prevedeva, ma che sperava potesse cessare dopo un voto emesso da tanti distinti cultori delle due branche consorelle, unite quasi dovunque nell'insegnamento e nell'esercizio professionale; dichiarò di accettare l'onorifico mandato e con un breve riassunto del forte lavoro compiuto dal Convegno in soli due giorni, salutò e ringraziò tutti coloro che con notevole disagio avevano voluto parteciparvi, augurando di ritrovarli tutti, sempre animati dallo stesso ardore per la Scienza, nell'autunno del 1921 a Roma.

B.

Convegno della Società Italiana « Pro anormali »

Subito dopo quello Freniatrico, nei giorni 11 e 12 novembre, si tenne il Convegno della *Società Italiana «Pro anormali»*, organizzato dai professori C. Colucci e G. C. Ferrari, e per loro cortese invito quasi sempre presieduto da Enrico Morselli. Il Convegno si svolse alla presenza di una numerosa rappresentanza della Scuola Normale Magistrale e della Scuola Pedagogica Universitaria. Si raccolsero le notizie sul movimento a favore dell'istruzione ed educazione degli anormali e sulla creazione delle necessarie classi differenziali e Scuole autonome nelle diverse regioni d'Italia; il prof. Colucci riferì su Napoli, il dott. Albertini, il prof. Ferrero e la signorina M. Valenzano su Milano, il prof. Ponzo su Torino, il prof. G. Montesano su Roma, il dott. Ragazzi su Genova, la signora Pedone su Bergamo, il prof. G. C. Ferrari su Bologna e Romagna, risultandone che purtroppo le Amministrazioni pubbliche, dallo Stato ai Comuni, non si sono ancora in Italia preoccupate, come dovrebbero, del grave problema didattico-sociale degli anormali di intelletto e di carattere, non riflettendo che essi sono il vivaio dei candidati alla pazzia, al parassitismo, alla immoralità, alla delinquenza, e perciò bisognosi di assistenze, cure e previdenze speciali, anche in rapporto alla difesa e alla rigenerazione della razza. Si discusse lungamente sul modo migliore di organizzare una attiva propaganda nel Paese, e si tracciarono le linee di un'azione più larga ed efficace del sodalizio, non tanto a favore di questa categoria sventurata di soggetti, quanto a vantaggio fisico e morale della stessa compagine sociale. Si formularono parecchi voti di cui vorrà tener conto il prossimo Congresso della Società, che si farà a Roma, dove le bellissime istituzioni dirette dal De Sanctis e dal Montesano si prestano a provare *de visu* agli ortofrenisti ed ai neuro-psichiatri la importanza e la nobiltà dei fini del movimento «pro anormali».

Si lessero poi alcune relazioni del prof. Michele Sciuti di Napoli, anche a nome del prof. A. Mendicini di Roma, della signorina Valenzano, del dott. Gariffi, del pedagogista argentino prof. Victor Mercante. Si dispose che altre comunicazioni annunziate venissero rimandate al Congresso di Roma.

Il prof. Morselli chiuse anche questo Convegno con un ringraziamento agli intervenuti, e compiacendosi che la stessa data di quaranta anni fa ricordi la iniziativa che egli prese per il primo in Italia (nel 1880), affinchè venisse anche da noi provveduto, come già si faceva nei paesi più civili di Europa e di America, all'istruzione ed educazione dei deficienti, degli anormali, dei tardivi e degli epilettici. Il problema è fra quelli che la Neuro-psichiatria, d'accordo coll'Eugenetica, deve collocare in primissima fila fra i suoi oggetti di studio e fra le sue forme più vantaggiose di attività sociale.

B.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'infantilismo tardivo dell'adulto di origine ipofisaria.

Con tale nome Brissaud e Bauer definiscono uno stato distrofico particolare osservato in adulti e caratterizzato da atrofia degli organi genitali e da perdita della capacità di generare e degli attributi secondari sessuali.

Elemento essenziale dunque (Lereboullet e Mouzon: *Paris Médical*, 1920, n. 42) è la perdita dei caratteri sessuali dell'età adulta; elementi accessori sono: alcuni caratteri dell'abito mixedematoso (pallore cereo, torpore intellettuale, caduta parziale o totale delle sopracciglia), cefalea-, crisi di sudore, polidipsia, poliuria, ginecomastia, piccolezza della tiroide ed infine la esistenza della sifilide negli antecedenti.

Si differenzia tale sindrome dal *missedema frusto* per il predominio della regressione genitale, dal *missedema post-operatorio*, nè tampoco si verifica con l'asportazione della tiroide negli animali adulti; dal mixedema infantile anche si differenzia perchè in queste ultime forme non si arresta lo sviluppo sessuale; infine al contrario di ciò che si osserva nel mixedema spontaneo dell'adulto, l'influenza del trattamento tiroideo sull'infantilismo tardivo è sempre limitata quasi nulla. Però si avvicina all'infantilismo tardivo, la *sindrome adiposogenitale* per il grado di atrofia genitale e per i disturbi sessuali: manca però l'obesità, la polisarcia, elemento essenziale.

L'interpretazione patogenica dell'infantilismo tardivo ha dato luogo alle più diverse ipotesi.

Si ammise prima la *origine genitale* e più precisamente testicolare: lesioni testicolari primitive, quali le atrofie post-traumatiche, lesioni sifilitiche differenti dalla abituale orchite specifica si credette potessero portare questa sindrome di eunuchismo.

Gandy scarta la teoria genitale ed ammette *una insufficienza tiroidea* appoggiando tale ipotesi: 1° sui sintomi ipotiroidei riscontrati nei malati; 2° sul reperto di atrofia della tiroile constatato in un caso. Tuttavia ammette che l'origine possa essere meno semplice e che si tratti di un perturbamento generale e complesso dell'equilibrio delle secrezioni interne. L'origine ipotiroidea non spiega la rarità dell'infantilismo tardivo e l'inefficacia dell'opoterapia.

Belfield in un caso ottenne considerevole miglioramento con l'opoterapia surrenale ed emise l'idea di una *origine surrenale*.

Rénon ed altri ammisero a base dei disturbi osservati una lesione simultanea di tutte le ghiandole vascolari sanguigne, ossia fecero rientrare le osservazioni di infantilismo tardivo in uno dei tipi di *sindrome pluriglandolare* da essi descritti.

Questa nozione di sindrome pluriglandolare si applica bene ad alcuni disturbi endocrini diffusi, legati a stati gravi di cachessia tubercolare, di cachessia pigmentaria, di senilità precoce per poliscleorosi, con astenia fisica e psichica, con modificazione della tensione arteriosa, con pigmentazioni, ma non ci soddisfa allorchè si tratta di disturbi strettamente limitati ad alcune funzioni e ad alcuni caratteri morfologici che sopravvengono in giovani senza processi morbosi gravi capaci di interessare simultaneamente numerose ghiandole tanto distanti e tanto diverse quali la tiroide, i testicoli, l'ipofisi, i surreni. Certamente il disturbo è pluriglandolare dal punto di vista fisiologico, ma dal punto di vista anatomico una è la ghiandola primitivamente lesa e da questa lesione primitiva vengono le altre alterazioni sia anatomiche che funzionali.

Se studiamo alcune sindromi adiposo-genitali dell'infanzia nei riguardi delle quali autori italiani (Nazzari) e americani (Miater ed a.) già parlano di infantilismo nelle sindromi ipofisarie; se analizziamo i casi di Souques e Chauvet, quelli di Carnot e Dumont e di Fleurot Lereboullet, di Gandy, ritroviamo in un gran numero di essi e precisamente in quelli ove manca l'astenia psichica e fisica permanente e progressiva delle sindromi pluriglandolari, sintomi impressionanti in favore dell'importanza della *lesione primitiva ipofisaria* nell'origine dell'infantilismo tardivo.

Da notare è la frequenza della sifilide negli antecedenti: la lesione ipofisaria può esser distruttiva, può alterare gravemente gli elementi che assicurano la permanenza degli attributi sessuali primari e secondari senza dar luogo a tumefazioni; quindi nessuna compressione encefalica, nessun fenomeno chiasmatico quali possono dare sarcomi, epiteliomi, cisti che generalmente sono la causa delle sindromi ipofisarie acromegaliche o adiposo-genitali, quindi non emianopsia bitemporale nè *liquor* in ipertensione.

Riguardo alla specie del processo sifilitico, può trattarsi di gomme o di processi sclero-atrofici, ma noi possiamo aggiungere l'osteoperiostite della base del cranio e del corpo dello sfenoide, come in un caso degli AA. ed in un altro di Gandy.

Gli AA. concludono affermando che fin d'ora l'infantilismo tardivo dell'adulto di origine ipo-

fisaria ha il suo posto in patologia e si può definire la regressione funzionale e morfologica dello sviluppo sessuale sopraggiunta nell'età adulta, in pieno periodo di attività genitale e realizzante l'atrofia degli attributi sessuali primari e la scomparsa degli attributi sessuali secondari, indipendentemente da ogni lesione meccanica ed infiammatoria interessante in modo diretto la ghiandola sessuale, regressione accompagnata o no da adiposi.

MONTELEONE.

Contributo allo studio del diabete insipido.

E. Hecht (*Zeitschr. für Klin. Med.*, n. 1-2, Band 90, 1920), in seguito a ricerche eseguite su un ammalato di diabete insipido combinato a distrofia adiposo-genitale, afferma:

1) che nel diabete insipido è mantenuta la capacità relativa di concentrazione;

2) che l'azione antidiuretica dell'estratto ipofisario non dipende da un'inibizione della perdita d'acqua da parte dei tessuti;

3) che la concentrazione molare del sangue si mantiene nonostante un aggravio del ricambio. Egli afferma inoltre, che la poliuria del diabete insipido non si può considerare come un fenomeno di compenso, perchè:

a) non si riscontra mai l'appiattimento degli epitelii dei tubuli, presente in tutti i casi di poliuria compensatoria;

b) perchè il peso specifico dell'urina è inferiore a quello del sangue.

POLLITZER.

Sul modo di prevenire il diabete mellito.

Sovente al medico, da persone che hanno avuto casi di diabete in famiglia o che temono di divenire diabetiche, si pone il quesito se è possibile fare qualche cosa per prevenire il diabete o ritardarne l'insorgenza.

Non è possibile oggi, osserva R. T. Williamson (*The Practitioner*, ottobre 1920), dare un metodo sicuro per prevenire il diabete, tanto più che molte cose ancora sono oscure sulla patogenesi di questa malattia.

L'osservazione e l'esperienza clinica però ci hanno insegnato che molte cause agiscono favorevolmente nella patogenesi del diabete, e quindi, combattendo queste cause, si potranno, con grande probabilità, rimuovere le condizioni favorevoli al suo sviluppo.

Nella storia dei diabetici spessissimo si ritrovano casi famigliari di diabete, o si rileva che la malattia è insorta dopo gravi ed improvvisi traumi psichici, o in persone sottoposte a forte «surménage» intellettuale, o che avevano abusato di cibi e di bevande ricche di sostanze zuccherine. Spesso sono stati forti mangiatori, obesi, ed avevano condotto vita sedentaria, senza esercizi fisici.

È naturale quindi che si dovrà consigliare di evitare tutte queste cause, che spesso si riscontrano nella storia di molti diabetici.

Cosa utile è di saggiare la capacità dell'organismo di fronte agli zuccheri e alle sostanze amilacee. Nell'uomo sano l'ingestione di zucchero, in quantità superiori a quelle stabilite da v. Noorden e da altri ricercatori, determina una glicosuria temporanea, mentre nei soggetti sani l'ingestione anche di grandi quantità di cibi ricchi di amido non determina glicosuria.

Se l'ingestione di zucchero, in quantità inferiori alle dosi-limite, determina glicosuria, è necessario limitare grandemente l'uso delle sostanze zuccherine.

Sicuramente lo zucchero consumato in quantità grandi deve contribuire allo sviluppo del diabete. In quei paesi dove si consumano grandi quantità di zucchero, la mortalità per diabete è molto alta, e da rilievi statistici si è osservato un parallelismo fra l'aumentare del consumo dello zucchero e l'aumentare dei casi di diabete. Joslin ha dimostrato che in Boston la mortalità per diabete nel 1918 è stata 4 volte maggiore che nel 1890, e 2 volte maggiore che nel 1900, e che il consumo annuale di zucchero in questi anni era aumentato grandemente.

Si sarebbe anche osservato che mentre il diabete è frequente nei paesi dove si consuma molto zucchero, non sarebbe molto diffuso nei paesi dove si consumano sostanze amilacee.

L'esperienza clinica ha dimostrato che nei casi di diabete iniziale o di media gravità basta togliere lo zucchero dagli alimenti per un breve periodo per avere la scomparsa della glicosuria e vedere nel paziente aumentata la capacità di bruciare lo zucchero, in modo che dopo essersi sottoposto al periodo di dieta priva di idrati di carbonio, può consumare una quantità di carboidrati che prima gli avrebbe determinato la glicosuria.

Se tale vantaggio porta una piccola restrizione nella ingestione degli idrati di carbonio, è giusto il pensare che la restrizione dello zucchero, nella dieta di coloro che per ragioni di eredità o di costituzione hanno tendenza al diabete, sia utile per allontanarne la comparsa.

È quindi consigliabile evitare cibi e bevande ricche di zucchero, combattere l'obesità, ricordandosi i rapporti che intercedono spesso fra obesità e diabete, raccomandare un sufficiente esercizio fisico ed evitare un eccessivo lavoro mentale.

S. SILVESTRI.

Un caso di distrofia e di mixedema degli adulti.

Heldenbergh (*Le Scalpel*, n. 12, marzo 1920) riferisce di un caso di mixedema degli adulti, riguardante una donna di 55 anni, e caratterizzato dall'edema diffuso, dal torpore intellettuale, dalla perdita dei capelli e dei denti, dei peli delle ascelle e del pube, da una eccessiva sensibilità al freddo e da una invincibile tendenza alla sonnolenza.

Nell'anamnesi dell'inferma si notava solo una coxalgia nell'infanzia e un notevole affaticamento prolungato che poteva avere agito come causa predisponente.

Con l'applicazione dell'opoterapia tiroidea tutti i sintomi regredirono nettamente, e la somministrazione di tiroidina alla dose di 30 centigrammi al giorno fu continuata per parecchio tempo senza che determinasse disturbi di sorta. Trenti.

La radioterapia dell'ipertiroidismo.

La maggior parte dei sintomi del morbo di Flajani-Basedow dipende dalla funzione esagerata della tiroide, cioè dall'ipertiroidismo; i buoni risultati, ottenuti con la legatura delle arterie tiroidee o l'asportazione di parte della ghiandola stanno a comprovare l'azione dell'ipertiroidismo.

Oltre all'intervento chirurgico, si può diminuire l'attività esagerata della tiroide e ricondurla alla norma con la radioterapia. L'uso di questa è particolarmente fecondo di risultati nelle forme più acute e più intense, nei casi in cui è in pericolo la vita dell'ammalato e più arrischiato l'intervento chirurgico; essa deve essere pure il trattamento di scelta, nelle forme benigne, semplici, fruste; indicata è pure nell'ipertiroidismo cronico, in cui, però, esige un tempo più lungo ed agisce meno completamente.

D'altra parte, la radioterapia deve mirare meno ad ottenere una modificazione anatomica che una modificazione funzionale della tiroide (E. Alscheck: *Thèses de Paris*, in *Presse médicale*, 3 luglio 1920). La frequenza e l'instabilità del polso debbono essere i criterî principali su cui regolare la durata del trattamento: meglio non raggiungere completamente che sorpassare lo scopo, col timore di trasformare l'iper- in ipotiroidismo; quindi non appena la frequenza del polso è ritornata quasi normale, conviene sospendere il trattamento, salvo a riprenderlo, in caso di bisogno.

L'intervento chirurgico va riservato ai casi in cui vi sia un tumore endotiroideo propriamente detto, con ipertiroidismo, ed ai gozzi endotoracici con disturbi respiratorî da compressione. *fil.*

Sindrome emorragica e tiroidina.

Il Bottaro (*Endocrinology*, luglio-settembre 1920) in una signora sofferente di menorragia della durata ordinaria di dodici giorni, cui spesso era concomitante l'epistassi, adoperò la tiroidina, e ottenne la guarigione dei disturbi. Egli vi fu guidato dalla constatazione: 1° del viso pallido e gonfio della paziente con un'anormale tendenza a vasodilatazione sulle gote; 2° dalla caduta dei peli delle sopracciglia. Questi sono piccoli segni di ipotiroidismo. L'ipotiroidismo è stato dimostrato che può dar luogo a discrasia emorragica, e la tiroidina in casi di emorragia, anche non apparentemente in rapporto ad un'origine tiroidea, ha dato successi notevoli. Nel caso del Bottaro, quando la signora non prendeva la tiroidina, i sintomi riapparivano e si aggiunsero dopo anche enterragia, emorragia sottocongiuntivale, e fin emottisi con porpora. L'opoterapia tiroidea fu efficace ad arrestare l'emorragia. Se i piccoli segni dell'ipotiroidismo fossero più accuratamente rilevati, si sarebbe in condizione di fare una diagnosi positiva un numero di volte assai elevato, e in numero di volte assai maggiore, quindi, noi saremmo in condizione di adottare una terapia razionale ed efficace. Se l'ormone tiroideo operi per alterazione della crasi umorale ovvero per il meccanismo della congestione, non si può affermarlo. Ciò, che è praticamente importante, si è che la tiroidina opera molto bene nell'arrestare le emorragie.

Gentile.

IGIENE SOCIALE.

La morbosità del personale femminile operaio durante la guerra.

Le osservazioni fatte in proposito hanno sopratutto il valore di tendere alla soluzione del problema se l'elemento femminile, che durante la guerra, per necessità di cose, ha prestato servizio negli stabilimenti industriali, possa o non essere largamente adibito alle officine, e se esso sia senz'altro adatto e di proficua capacità lavorativa.

E. Tedeschi (*Il Lavoro*, maggio 1920) ha condotto le sue osservazioni in stabilimenti liguri su donne, adibite ai torni, con dieci ore giornaliere di lavoro, e servizio alternativamente diurno e notturno.

Non vennero osservate malattie speciali: relativamente frequenti furono i casi di deperimento generale, con anoressia, cefalea, stato oligoemico; facile esauribilità, diminuzione della capacità lavorativa. Soltanto l'abbandono del lavoro, per un periodo più o meno lungo portava un reale vantaggio. Talvolta il decadimento organico era soltanto sintomatico del-

l'infezione specifica, e l'esame obbiettivo, negativo all'inizio; metteva in rilievo i primi segni della infezione tubercolare, fino allora latente.

Il confronto con l'elemento operaio maschile dimostrava che quello femminile, oltre a possedere una resistenza fisica assai minore, rimaneva più facile e duratura preda dell'infezione specifica.

Varie sono le cause di tale morbilità, fra cui, anzitutto, il mancato allenamento al lavoro e poi il fatto che, per la necessità e l'urgenza della massima produzione, gli ambienti erano sovraffollati ed in cattive condizioni igieniche. Mal tollerato era il lavoro notturno, che procurava in poche notti una prostrazione assai maggiore che non l'intera quindicina di giorno, sebbene permettesse maggiori pause e rallentamenti che non quello diurno.

Come conseguenza di tali osservazioni, l'A. consiglia che l'impiego del personale femminile nelle industrie debba essere circondato da molte precauzioni, quali le visite periodiche obbligatorie, una limitazione delle ore di lavoro, maggiore che non per i maschi, e l'astensione dal lavoro notturno, salvo casi eccezionali.

Fra le cause morbigene di particolari industrie, l'A. accenna ai torni americani, lubrificati con olio di balena, causa di esalazioni continue, ripugnanti ed irritanti. Esso provocò perturbamenti locali e generali dell'organismo; l'azione locale si dimostrò con dermatiti a forma eritematosa ed eczematosa, alle mani, all'avambraccio, al braccio, il decorso del processo esigeva cure e riposo ed era spesso ribelle a cure e trattamenti. [Trattasi dell'affezione cutanea, descritta dagli autori sotto il nome di *bottone d'olio* che prendeva non solo il personale femminile, ma anche quello, non abituato al lavoro, che si era improvvisato operaio. *N. d. Redat.*]. Il soggiorno negli ambienti, in cui si faceva tale lubrificazione era penoso e determinava, anche se di breve durata, senso di nausea, ed in seguito, anoressia, vomiti, con conseguente stato dispeptico, che conduceva all'accentuamento dell'oligoemia e del deperimento organico.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1242) *Cura dell'acariasi da grano.* — All'abb. n. 335:

Per questa dermatosi, determinata dalle punture del *Pediculoides ventricosus* (Newpost), non esiste cura specifica. Questo acaro, allo stadio di ninfa ottopode, si rinviene sul grano, giacchè in questa fase di vita, avendo bisogno di alimenti liquidi, si attacca alle larve ed alle ninfe di molti insetti e sopratutto delle Tignuole del grano. Quando però le ninfe non trovano più di che nutrirsi sul grano e l'uomo capita alla loro portata, possono assalirlo per nutrirsi alle sue spese.

Con la puntura inoculano una saliva irritante che determina e il prurito intenso e la lesione cutanea.

Il loro parassitismo sull'uomo è quindi temporaneo e puramente accidentale. I disturbi, generalmente di breve durata, scompaiono spontaneamente.

In ogni modo la cura non può essere che sintomatica e deve tendere a diminuire il prurito.

Io consiglierei innanzi tutto di far prendere al malato un bagno caldo preceduto da una buona saponata. Le biancherie personali e le lenzuola debbono essere rimosse e lavate al bucato e la superficie cutanea dell'infermo inumidita con bagnoli di:

Acido fenico . . . . gr. 2
Glicerina . . . . » 20
Soluzione alcoolica di mentolo 2 % . . » 200

oppure spalmata con una pomata di:

Mentolo . . . . gr. 2.5
Olio d'oliva . . . . » 10
Lanolina . . . . » 20

G. Alessandrini.

(1243) *Allattamento e malaria.* — All'abbonato n. 12296, Treviso:

Sul problema allattamento e malaria poco di nuovo si può aggiungere a quello che in passato si conosceva.

Malariche, affette da malaria acuta, possono allattare i loro bambini senza inconveniente di sorta. La cura pronta e generosa mette d'ordinario in pochi giorni la malata in buone condizioni generali: la secrezione lattea poco soffre e rapidamente si ripristina. La cura chininica non ha influenza apprezzabile sulla qualità e pare anche sulla quantità. La chinina non passa nel latte.

Malariche croniche cachettiche sono poco adatte per l'allattamento. Il latte risente delle condizioni generali, ha scarso valore nutritivo.

È consigliabile quindi o l'aggiunta dell'allattamento artificiale o l'allattamento mercenario.

Tali norme sono, come è naturale, norme generali: il medico dovrà giudicare caso per caso, tenendo conto di peculiari condizioni, le quali attenuano o accentuano proibizioni e concessioni.

t. p.

(1244) Al dott. A. T. di Napoli:

Non conosciamo libri che trattino dell'endocrinologia e del simpatico in rapporto alla costituzione fisica ed al valore curativo dei sieri. Consigliamo la patologia del simpatico di Castellino e Pende e l'endocrinologia di Pende.

t. p.

VARIA

I medici nel periodo dei Faraoni.

Ik Adey, nel *Med. Journ. of Australia*, riassume le nostre cognizioni sulle condizioni della professione medica in Egitto.

Circa 6000 anni or sono si distinguevano tre categorie di sanitarii: quelli che avevano un corso regolare di studii sui libri e di pratica sui malati, quelli che guarivano con esorcismi e magie, e quelli che rimettevano a posto le ossa eterotopizzate da qualche trauma.

I medici veri traevano la loro cultura dallo studio di libri che si ritenevano scritti sotto la ispirazione divina e di questa levatura intellettuale avevano giusto premio nel poter mantenere calzati i sandali davanti i Faraoni e nell'essere autorizzati a baciare loro le ginocchia anzichè i piedi.

I medici si dividevano in generici e specialisti; tra questi ultimi numerosi gli oculisti che dovevano conoscere almeno trenta malattie oculari. La imbalsamazione dei cadaveri non era funzione dei medici onde essi avevano nozioni anatomiche empiriche e vaghe così come era nebulosa la fisiologia. Si ammetteva che lo spirito vitale penetrasse per il naso o gli occhi e pervadesse poco a poco tutto il corpo che era messo in azione dal cuore. Al momento della morte lo spirito vitale se ne andava e il sangue coagulava.

Piuttosto avanzate invece le nozioni di patologia; pare che si localizzassero malattie dello stomaco, della vescica, elmintiasi, varici, ecc.

La terapia era di solito energica; il medico stesso preparava i rimedi.

La medicina greca, araba ed ebrea hanno probabilmente tratto la loro prima ispirazione dalla medicina egiziana, onde l'A. ritiene che uno studio accurato delle fonti papiracee potrebbe illuminarci su molti punti oscurissimi degli albori delle conoscenze mediche.

(*Pathologica*).

Il primo caso trattato di mixedema.

Murray ricorda che il suo primo caso di mixedema trattato con opoterapia tiroidea è morto nel 1919 all'età di 74 anni. Si trattava di una donna che continuò per tutto questo periodo a introdurre estratto fresco di tiroidi di agnello per sei giorni della settimana mantenendo costante le buone condizioni di salute. Solo nel 1918, data la difficoltà di avere tiroidi fresche, usò un estratto disseccato.

Nel 1919 cominciò a presentare edemi agli arti inferiori e morì per insufficienza cardiaca.

(*Pathologica*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FALCIONI dott. DOMENICO. *Ancora sull'immunità post-influenzale.* — Napoli, 1920.

FASANI-VOLARELLI F. *Le iniezioni cosmetiche di paraffina.* — Siena, 1920.

ANGELINI FILIPPO. *Sul trattamento delle ferite di arma da fuoco interessanti l'encefalo.* — Benevento, 1918.

PANTALEONI PIO. *L'encefalite epidemica nel Forlivese.* — Parma, 1920.

DI TOMMASI EMILIO. *Idrarto dell'articolazione del gomito sinistro in un caso di sifilide recente.* — Napoli, 1920.

DI TOMMASI EMILIO. *Considerazioni sopra un caso di sclerodermia.* — Napoli, 1920.

MIONI GIUSEPPE. *Sulla cura dei tumori con i raggi Röntgen e col radio.* — Bruxelles, 1920.

IMPARATI E. *Acariasi da grano.* — Ravenna, 1920.

GRASSI ERNESTO. *Brefotrofio Provinciale di Milano. Relazione generale per l'anno 1919.* — Milano, 1920.

PISENTI GUSTAVO. *Siamo noi preparati all'esercizio delle assicurazioni sociali?* — Roma, 1920.

JOSUÉ C. et PARTURIER MAURICE. *Les syndromes rénaux de l'asystolie.* — Paris, 1920.

CAUCCI ALBERTO. *L'appendicostomia. Tecnica, indicazioni, risultati.* — Milano, 1920.

CICCARELLI FILIPPO. *L'enteralgia malarica.* — Napoli, 1920.

JORGE RICCARDO. *La grippe.* — Lisbonne, 1919.

JORGE RICCARDO. *Le typhus exanthématique à Porto. 1917-1919.* — Lisbonne, 1920.

MAURO MARIO. *Diciotto mesi di lavoro chirurgico in un campo di prigionieri in Austria (1915-1917). Resoconto statistico-clinico.* — Città di Castello, 1920.

MAZZONE FEDERICO. *Resoconto statistico sul servizio civile di profilassi contro le malattie veneree e la sifilide svoltosi nel triennio 1916-1919, durante la guerra nelle provincie nelle quali aveva sede l'VIII Corpo d'Armata.* — Firenze, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Corsi di perfezionamento.

La medicina è forse la più assorbente di tutte le professioni. Reclama dai suoi adepti una perseveranza assidua: per metterli nella impossibilità di divenire inferiori al compito che si sono liberamente imposto, di sminuire la propria missione sociale, essa li costringe ad un lavoro continuo, tenace, ad uno studio incessante, che integri e rinnovi le loro conoscenze e la loro esperienza.

Vasta e complessa, allargando ogni giorno i suoi orizzonti già immensi, segnando ogni tappa della sua evoluzione con scoperte benefiche, strappando alla natura, con ammirevoli ricerche, i più intimi segreti, rivelando di continuo, nel suo cammino verso la perfezione ideale, nuove verità prima non sospettate, essa esige dai suoi discepoli una devozione inalterabile, una pazienza a tutta prova, un'abnegazione tenace, uno sforzo di lavoro continuo ed instancabile.

Li obbliga a mantenersi al corrente delle soluzioni portate ai problemi più svariati; li induce ad un allenamento intellettuale che impedisce alle loro facoltà di arrugginirsi ed al loro dovizioso patrimonio di cognizioni di restare improduttivo o di esaurirsi.

È interdetto al medico d'ignorare i progressi che si compiono, senza tregua, dalla medicina!

***

Non può aversi la ridicola temerità di sostenere che il medico debba aspirare alla conoscenza perfetta e intera della medicina nell'universalità dei suoi dominî, per afferrare, comprendere e penetrare tutti i progressi compiuti; nessun cervello, per quanto superiormente equilibrato, potrebbe bastare a questo formidabile lavoro. Ciò che costituisce una necessità imprescindibile per il medico pratico, è soltanto di familiarizzarsi con le conquiste più importanti, di assimilarne lo spirito, di apprezzarne il valore, di sperimentarne le applicazioni più accessibili o più utili.

Il medico non può a meno, oggi, di consacrare una parte notevole del suo tempo, della sua attività e anche delle sue risorse economiche, a soddisfare questo ineluttabile dovere che gli è imposto dal suo stesso prestigio, dalla sua dignità, dalla sua coscienza, dalla sua missione umanitaria.

Giovano molto allo scopo i periodici, sul tipo del *Policlinico*, i quali rispecchiano il movimento medico di tutti i paesi: qualunque professionista coscienzioso e di valore avverte sempre più impellente il bisogno di abbonarsi non ad una sola, ma a parecchie di tali riviste.

Di solito però la «carta stampata» non offre che conoscenze astratte o generali, non direttamente utilizzabili. Per cernere le nozioni più sicure e per cimentarle a ragion veduta nella pratica corrente, per apprendere con esattezza e con precisione le manualità operatorie, per valutare la portata effettiva dei nuovi procedimenti, è utilissimo di mantenersi in rapporto con ospedali, con cliniche, con laboratori. Ma il mezzo più semplice e più a portata per raggiungere questa finalità, consiste nel frequentare i *corsi di perfezionamento*. I quali sono dunque in grado di adempiere una funzione molto elevata: di contribuire efficacemente ad innalzare la coltura dei medici; a rinsaldarne, rinnovarne e aggiornarne le conoscenze cliniche, scientifiche e tecniche; ad arricchirne la mente e a educarne i sensi e la mano; in una parola, a formare medici più trenati e più efficienti.

***

Questi corsi si tengono ormai in gran numero in tutte le Nazioni civili. Vengono costituite perfino associazioni potenti, allo scopo di promuoverli ed organizzarli (così la *Post Graduate Association* e la *Fellowship of Medicine* in Inghilterra); vengono pubblicati periodici che vi sono esclusivamente consacrati (così i *Monatshefte für Fortibildungskurse* in Germania e *The Felloship Weekly Bulletin* in Inghilterra). V'è di più: alcune Scuole Mediche degli Stati Uniti e della Germania hanno la sola missione di tenere corsi di perfezionamento. Allo stesso scopo avrebbero dovuto servire anche gli *Istituti Clinici* di Milano, ma pur troppo sono falliti in gran parte allo scopo, perchè comprendono due sole cliniche (del lavoro e ginecologica) e perchè molti insegnanti dei così detti *corsi di perfezionamento* non vi sono che ospiti temporanei e di passaggio, mentre invece i corsi, per riuscire proficui, richiedono un'attrezzatura complessa *ad hoc*, un corpo assistente numeroso e allenato, mezzi copiosi, condizioni tutte che possono aversi solo in Istituti specializzati e stabilmente organizzati. D'altra parte è ovvio che a Milano non potrebbe accentrarsi il perfezionamento medico di tutta l'Italia.

In origine anche l'Istituto Superiore di Firenze doveva avere carattere post-universita-

rio; ma ora è assimilato alle altre università del Regno.

Alcune delle nostre scuole mediche provvedono ormai ad instaurare, sempre più numerosi, i corsi di perfezionamento. Questo rinnovato fervore merita un plauso incondizionato da parte dei pratici, i quali non chiedono di meglio che profittarne.

***

Se non che, i nostri corsi di perfezionamento presentano un inconveniente grave, sul quale desideriamo di fermare l'attenzione: spesso la loro durata è eccessiva, di 3, di 4 mesi. Così a Roma i corsi di medicina del lavoro, di ginecologia e di neuro-patologia saranno trimestrali; i corsi di pediatria e di oto-rino-laringologia saranno quadrimestrali.

Questa lunga durata è in deciso contrasto con le esigenze del pratico, al quale i corsi medesimi dovrebbero essere destinati. Essa rivela uno strano atteggiamento dei nostri direttori di clinica, di fronte alle necessità della pratica: farne astrazione.

Non è concepibile, infatti, che un medico possa abbandonare facilmente per tre o quattro mesi la sua condotta, la sua clientela; ciò gli recherebbe quanto meno un grave dissesto; in molti casi gli sarebbe materialmente impossibile.

Una o due settimane, invece, si troverebbe il modo di sottrarle: è questa la durata normale che sogliono avere i corsi di perfezionamento in Germania, in Austria, negli Stati Uniti, in Francia, ecc. Crediamo che noi non dovremmo dipartirci dalla stessa misura, non già per un inconsulto spirito di imitazione, ma per ispirarci alle necessità imprescindibili della pratica, per indulgere verso i bisogni reali della generalità dei medici.

In fondo, una durata di due o tre settimane basta, in quanto che i discenti non sono dei novizi, non sono degli indotti, ma già preparati ad accogliere e fecondare gl'insegnamenti che vengono loro impartiti; poche lezioni, prevalentemente pratiche e di esercitazioni, possono riuscire preziose, senza avere con questo la pretesa di creare degli specialisti — pretesa assurda — ma solo di rinvigorire e rinnovare conoscenze stantie, di addestrare nei manuali operatori, di fermare la mente su nozioni definite, precise, limitate, indispensabili e d'insegnare le tecniche nuove più accessibili e sicure.

Possono frequentarsi contemporaneamente con vantaggio due o più corsi, i quali spesso si completano.

Purchè i discenti siano animati da decisa volontà di apprendere e da sagacia, purchè lavorino seriamente e intensamente, purchè non ozino e non si trastullino — come accade nei corsi troppo lunghi, i quali stancano e smorzano l'entusiasmo ed offrono unicamente il pretesto di un lungo soggiorno in città — noi crediamo che il limite di una o due settimane sia bastevole.

Solo se i corsi saranno di questa breve durata potranno essere continuamente alimentati. Dalla rinnovata frequenza deriverà il massimo vantaggio, poichè le nuove verità verranno bandite al massimo numero di volenterosi.

La brevità offre dunque la garenzia di un pieno successo, il quale costituisce un motivo di compiacimento per chi esegue i corsi e per chi li frequenta.

Per gli aspiranti specialisti possono istituirsi corsi più poderosi e più profondi — a parte la necessità di perfezionarsi per conto proprio, indipendentemente da qualsiasi corso ufficiale. Noi abbiamo voluto farne interamente astrazione e prendere in esame il problema solo dal punto di vista del medico pratico.

***

Confidiamo che il buon senso di queste considerazioni sia riconosciuto; che i corsi di perfezionamento destinati ai medici pratici vengano sanati dalla incongruenza di essere quasi inaccessibili a coloro cui sono destinati; che la mentalità dei nostri insegnanti ufficiali, ispirata ad una troppo alta valutazione delle loro discipline, ceda ad una concezione più concreta e più in armonia con la realtà.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

2° Congresso della Federazione Nazionale dei medici chirurghi liberi professionisti.

È indetto a Firenze l'11 e 12 gennaio.

Il prof. A. Filè-Bonazzola, presidente della Federazione (la quale ha sede a Milano, via S. Paolo 10), ha diretto un invito a tutte le Sezioni e a tutti i Soci liberi professionisti; ne riportiamo larga parte:

È stato da tutti rilevato che nella travagliata ora che volge una sensazione precisa e diffusa ha accelerato per tutte le classi un ritmo di movimento d'organizzazione di categoria ed un altro più intenso sindacale. A tale movimento, che è un sicuro indice di una fervente aspirazione ad elevare sè stessi nella considerazione dei diversi valori sociali, i nostri colleghi, in buona parte per l'indole speciale della professione ed anche per un'influenza atavica di classe, risposero assai tardi e occorse il minaccioso avanzare di una legge ledente i nostri più sacrosanti diritti per dimostrare alla nostra categoria che era necessario organizzarsi per lottare uniti, od essere tra-

volti. Da questo pericolo nacque la nostra Federazione, che già fin d'ora conta molte Sezioni e molte altre ancora, quasi al termine della loro preparazione, saranno presto con noi.

Ma ora non basta chiedere che la nostra categoria si avvalori attraverso l'azione delle proprie rappresentanze, non basta che queste deleghino alle rappresentanze federali il mandato dell'azione fattiva e realizzatrice; oggi occorre la collaborazione fattiva ed operosa dei colleghi *tutti*, i quali devono sentire che in un'opera collettiva di concordia e di collaborazione riposa la possibilità di attuare presto o tardi quei voti e quelle aspirazioni cui la nostra categoria tenacemente tende. Per questo noi invitiamo ogni Socio a portare la propria collaborazione ed il proprio contributo di opere, di energie, di pensiero al nostro prossimo 2° Congresso.

Insieme ai delegati di tutte le nostre Sezioni costituite e in formazione, sono vivamente pregati ad intervenirvi tutti i Soci liberi professionisti d'Italia, poichè i colleghi devono comprendere che la loro adesione di solidarietà e il loro concorso fattivo ed autorevole sono condizioni essenziali per conferire al nostro 2° Congresso un grande prestigio e poter riaffermare con una solenne manifestazione i diritti e le aspirazioni della nostra categoria secondo quella evoluzione di pensiero che, maturato in questi anni di rivoluzionari eventi, si è oggi concretato in una visione più precisa del contenuto della nostra qualità di liberi professionisti. La nostra categoria (salvo eccezioni) non sorretta da stipendi fissi, senza aiuti in caso di malattia, senza pensione, insidiata da vieti pregiudizi antichi e da pericolose cupidigie recenti, attraversa un periodo minaccioso della propria esistenza. Occorre che ogni Socio se ne renda conto e comprenda che in quest'ora di rapida evoluzione sociale ognuno deve trovare il suo posto di combattimento e di azione. Chi diserta il campo della solidarietà professionale, chi si apparta in un egoismo miope e individualista, indebolisce la nostra compagine non solo, ma compromette pure la propria esistenza professionale.

Il nostro 2° Congresso sia adunque la buona prova della nostra forza, della nostra operosità, della nostra intima unione.

Oltre l'adesione delle nostre Sezioni, noi attendiamo con fiducia numerose quelle individuali.

Sarà utile che i colleghi si rivolgano direttamente alla Sezione di Firenze, nella persona del prof. Oscar Marchetti (Ospedale di Santa Maria Nuova), presidente della Sezione fiorentina, per tutte le informazioni riguardanti l'alloggio, il soggiorno od altro in Firenze.

A proposito del Congresso dei medici condotti.

Riceviamo:

Firenze, 18 dicembre 1920.

Ill.mo Sig. Direttore del «Policlinico»,

Vedo ora che nel resoconto del Congresso dei Medici Condotti in Napoli, comparso nel «Policlinico» del 6 dicembre, mi si fa dire che ho combattuto il progetto Labriola, ossia il *forfait*. Non combattei il progetto Labriola perchè non si conosce. Passai in rivista i varii progetti, combattei il *forfait*, ma sopratutto mi schierai contro il progetto della Commissione patrocinato dai presidenti Silvagni e Martinelli. Terminai presentando un ordine del giorno che il «Policlinico» riporta.

Nei Congressi di Napoli e di Roma sono stato il solo a sostenere la necessità della sospensiva della legge nel periodo difficile attuale; e il Governo, del resto, procrastinando la presentazione e discussione del progetto di legge, vi si attiene. Ho sostenuto poi in caso di rigetto della sospensiva o dopo di essa il progetto minimo, cioè indennità di malattia all'assicurato più elevata, dovendo questi provvedere da sè all'assistenza medico-farmaceutica, e istituzione di medici controllori e libera scelta e assistenza ospitaliera.

In caso di sospensiva o di progetto minimo insistei a che il Governo risolvesse immediatamente la questione ospitaliera proponendo una speciale sovraimposta fondiaria destinata al funzionamento degli ospedali, provvedimento tanto pratico, che lo ritenne attuabile l'on. Giolitti, parlando l'altro giorno alla Camera nella seduta pom. del 14 corrente.

Con osservanza

Dott. G. FATICHI.

Per una mutua di assistenza sanitaria.

Il Consiglio di amministrazione dell'Unione Militare inviava ai propri soci una circolare con cui li avvertiva che «*dopo accordi presi con l'Ordine dei Medici*» di Roma, la Cooperativa aveva organizzato un servizio di assistenza medica alle condizioni seguenti: premio annuo di abbonamento per ogni persona, L. 10; onorario per ogni visita 2.50.

Poichè l'Unione aveva ritenuto di poter considerare come accordi presi con l'Ordine alcune informazioni generiche date da un membro del Consiglio in una conversazione puramente privata con un membro della Unione, il Presidente dell'Ordine protestò presso il Presidente della Cooperativa. Avendo questi domandato ufficialmente il benestare sulle disposizioni della circolare suddetta, la Presidenza dell'Ordine, per deliberazione del Consiglio, ha risposto con una lettera, in data 8 dicembre 1920, nella quale dichiara che il Consiglio dell'Ordine ha formulato le più precise rimostranze per il contenuto della circolare in cui si prospettano accordi e autorizzazioni dell'Ordine, sulle quali il Consiglio stesso mai è stato chiamato a pronunciarsi e, quindi, in realtà inesistenti.

Nel merito, poi, il Consiglio osserva che, in considerazione della natura esclusivamente commerciale dell'Unione, e della speciale organizzazione del servizio di assistenza, che per nulla si identifica con i fini della Cooperativa, e al quale hanno diritto solo quei soci che ne fanno precisa domanda e pagano un'apposita tassa, la misura del premio annuo capitario dovrà essere molto più elevata di quella, minima, fissata dall'Assemblea generale dell'Ordine per le Associazioni di beneficenza e di mutuo soccorso: quindi superiore a quella che si era creduto di fissare nella richiamata circolare.

ATTI PARLAMENTARI.

Per l' insegnamento universitario.

L'on. Cermenati ha presentato alla Camera la mozione seguente: « La Camera, preso atto della nobile ed opportuna petizione al Parlamento nazionale dei professori delle Università italiane, pienamente convinta che la ricerca scientifica e l'insegnamento superiore, come le fonti più pure e più ricche donde può attingere il patrimonio intellettuale, morale e materiale di un popolo, sono per la Nazione titolo di ogni maggior grandezza civile e origine di sicura prosperità economica; convinta del pari che così quale è stata ridotta l'Università nostra non è più che un mediocre strumento d'istruzione professionale e non potrà che fornire cittadini e professionisti mal preparati moralmente e tecnicamente; invita il Governo ad emanare solleciti provvedimenti perchè le Università d'Italia, che rappresentano nel mondo una gloriosa tradizione di sapienza, siano messe in grado di impartire dalle cattedre insegnamenti veramente efficaci, e di proseguire utilmente nei laboratori la ricerca della verità scientifica ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8567) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. A. da F. — Agli impiegati provvisti di stipendio di lire 10,000 o più, l'indennità caro-viveri è ridotto in modo da eguagliare con lo stipendio originario quello che risulta aumentato della indennità. Se un funzionario ha per stipendio lire 10,200 l'indennità caro-viveri è di lire mille e non di lire 1200, perchè appunto mille lire occorrono per formare la somma di lire 11,200 con le 10,200 lire di stipendio che già si possedevano. Lo stesso non può dirsi per l'aumento di stipendio di lire 1200 concesso agli effetti del D. L. 19 giugno 1919 perchè l'articolo 2 di detto decreto non ammette alcun limite di stipendio, anzi, consente che il limite massimo di stipendio stabilito dalle disposizioni vigenti per il diritto alla indennità mensile di caro-viveri rimanga fissato in relazione all'aumento previsto da esso decreto. Ella, quindi, dovrebbe basarsi, non su lire 10,000, ma su lire 11,200 e dovrebbe raggiungere, se è possibile, con il caro-viveri la somma di lire 12,400.

(8568) *Elezioni amministrative - Dimissioni.* — Dott. Y. da R. — Perchè un impiegato comunale diventi eleggibile a Consigliere provinciale occorre che le dimissioni dalla carica sieno non solo presentate, ma anche accettate prima della elezione, in quanto che, trattandosi di un vincolo contrattuale, non può ritenersi sciolto che con l'esplicito consenso di tutte e due le parti contraenti.

(8569) *Dimissioni.* — Dott. A. G. da P. — La legge non determina il tempo in cui si possono rassegnare le dimissioni dalla carica di medico condotto. Ordinariamente tale termine è fissato nel capitolato. Se nel capitolato non vi è alcuna disposizione al riguardo Ella, dimettendosi, non dovrebbe ricompensare al Comune alcun danno, essendosi avvalso di un suo diritto. Che se nel capitolato è fissato apposito termine, deve rispettarlo o, in mancanza, prendere bonarii accordi con l'Amministrazione. Ad ogni modo quello che è disposto a dare ci sembra più che sufficiente.

(8571) *Indennità cavalcatura - Insufficienza.* — Dott. A. C. da C. S. P. — Avendo dal Comune la indennità cavalcatura non può costringere i clienti a pagare il mezzo di trasporto, senza commettere un abuso, che potrebbe comprometterla con l'Amministrazione municipale. Qualora la indennità sia insufficiente spetta al Comune pensare ad aumentarla congruamente ed in caso di rifiiuto, alla G. P. A. che ha facoltà di allocare in bilancio tutte le spese obbligatorie e di aumentare i relativi stanziamenti qualora risultassero insufficienti. La spesa per le disinfezioni obbligatorie è a carico del Comune, anche per le persone agiate, rientrando esse nella dicitura generica dell'articolo 201, lettera *f)* della legge sanitaria. Non è lecito usufruire ora di un residuo di congedo dell'anno decorso essendosi estinto ogni diritto al riguardo col 31 dicembre 1919.

(8572) *Pensioni - Medici anziani.* — Dott. L. G. da C. — Ella potrebbe iscriversi ora alla Cassa pensioni come medico anziano ai termini dell'articolo 42 del testo unico delle leggi sulla Cassa di previdenza. Occorre che resti inscritto al minimo per dieci anni e dovrà pagare entro tal termine una somma che si aggira fra le 4 o le 5 mila lire, oltre i contributi ordinarii. Riscatterà tanti anni di servizio quanti ne occorrono per formare un quindicennio prima della inscrizione. Potrebbe liquidare la pensione lorda di lire 1451. Le altre circostanze addotte non hanno valore. Per iscriversi alla Cassa di previdenza occorre farne domanda all'Ufficio provinciale sanitario, invocando l'art. 42 di sopra indicato.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 1881:

Le dimissioni dal grado — per gli ufficiali medici di complemento — possono essere accettate: basta che Ella ne faccia pervenire domanda su carta da bollo da L. 2 al Ministro della guerra, per il tramite del Distretto militare cui appartiene.

All'abb. n. 9445:

Se alla data 31 maggio 1920 Ella era passato ufficiale in S. A. P. si è d'avviso le spetti il trattamento fatto agli ufficiali di tale categoria; diversamente, quello degli ufficiali delle categorie in congedo.

All'abb. L. F. da M.:

Sono annunciati imminenti miglioramenti economici per tutti gli ufficiali in S. A. P. Le promozioni, invece, sono sospese sino al gennaio 1923.

All'abb. n. 8834:

Per ottenere il ricovero in sanatorio militare di un ex-militare occorre sia fatta analoga domanda alla Delegazione provinciale dell'Opera Nazionale per gl'invalidi di guerra.

Al dott. A. B. da B. di L.:

A brevissima scadenza sarà bandito un concorso per tenente medico in S. A. P. Stipendio-base lire 4800, più caro-viveri e indennità professionale.

M. G.

CONCORSI.

BOLOGNA. — *Croce Verde.* — Al 15 genn., tre posti di medico per laureati nell'ultimo triennio; possono parteciparvi anche i laureati nel biennio precedente, qualora abbiano prestato servizio militare durante la guerra. Nomine dal 1° febbraio al 31 dic. Indennità annua di L. 1200 e indennità di L. 5 per notte di servizio di guardia, a turno; camera mobiliata, illuminata e riscaldata; proventi di certificati e 50 % dei proventi dell'ambulatorio.

CORCIANO (*Perugia*). — Al 15 genn. tre condotte residenziali. Saranno preferiti titoli di pratica chirurgica od ostetrica. Capitolato in corso di approvaz. in base al tipo proposto dall'A. N. M. C. Stip. L. 6000 lorde iniziali, per i primi 1000 poveri; caro-viveri; tre quinquenni del decimo; lire 2 per ogni povero in più. Indennità di residenza di L. 1000 se gli abbienti fossero meno di 300. L. 1000 per mezzo di trasp. All'uff. san. L. 360. Riduzione del 50 % sulla tariffa dell'Ordine per i semi-abbienti. Servizio entro 15 giorni.

FIRENZE. — *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Concorso per titoli ed esami a cinque posti di Medico-Chirurgo-Assistente, dei quali tre per lo Spedale Infantile Anna Meyer. Età massima anni 36. Gli eletti sono soggetti alla conferma dopo un periodo biennale di prova ed avvenuta la conferma restano in carica per altri 2 anni; verranno assegnati ai diversi turni ospitalieri di medicina e di chirurgia, di malattie croniche od acute secondo le esigenze del servizio, e per gli assistenti dell'Ospedale Meger l'assegnazione ed il servizio saranno regolati a norma delle convenzioni esistenti col R. Istituto di Studi Superiori. Tutti avranno un assegno annuo di lire 5000, con ritenute a termine di legge, oltre le indennità di caro-viveri e di guardia.

Gli aspiranti dovranno aver depositato nella Segreteria dell'Amministrazione, entro le ore 18 del 10 gennaio, la loro domanda corredata dai documenti. Chiedere annunzio.

MAIOLATI (*Ancona*). — Condotta pel capoluogo; L. 11,500 lorde, oltre indennità caro-viveri, indennità cavalc. anche per gli abbienti in L. 2400 e L. 650 se uff. san.; comoda casa con giardino. Per gli abbienti tariffa dell'O. d. M. con riduz. del 50 %. Servizio entro 30 giorni. Scad. 15 genn.

Medico-Chirurgo-Odontoiatra, con diploma Specialista-Stomatologo, lunga pratica all'estero, cerca situazione come aiuto, associato. Farebbe lungo interinato. Scrivere: Bernasocchi, Fermo Posta, Napoli.

Medico-Chirurgo giovane, attivissimo, assumerebbe interinato ovunque. Scrivere: Dott. Zincone Pietro, Via Principe Amedeo, 77 - Roma.

Diffide.

Nuove diffide: Castel di Cascio (Bologna), Vacri (Chieti), S. Vito al Tagliamento (Udine), Mondavio, Cantiano e Serrungherina (Pesaro), San Giovanni Ostellato (Ferrara), Saludecio, Mondaino e Sorsina (Forlì), Vernate (Milano).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In seguito ai risultati del concorso straordinario per esami bandito per la Facoltà di medicina di Roma, ai *Premi Fondazione Rolli,* sono stati dichiarati vincitori i dottori Doria Raimondo, Monteleone Remo, Pedroli Giuseppe, Lucherini Tommaso e gli studenti Bignami Francesco, Enrico Cesare, Pavone Raffaele, Sereni Enrico, Stirpe Giulio.

Il dott. Sacco Rosario, del 4° Alpini, è stato comandato, in seguito a concorso, all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.

NOTIZIE DIVERSE.

Corsi di perfezionamento in « Medicina del lavoro ».

Presso gli Istituti di Clinica Medica, di Igiene e Medicina Legale della R. Università di Roma, sotto la direzione dei professori Ascoli, Ottolenghi e Sanarelli, si svolgerà per l'anno accademico 1920-21 un corso di perfezionamento che avrà lo scopo di fornire ai medici le nozioni più indispensabili per l'esercizio della professione medica presso gli stabilimenti industriali, le ferrovie, i lavori agricoli, gli istituti assicuratori per quanto riguarda la ***Patologia,*** l'*Igiene*, la *Legislazione* e la *Medicina legale del lavoro.*

Il corso si svolgerà con lezioni, colloqui, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche e conferenze.

Si terranno i seguenti insegnamenti:

Patologia medica del lavoro (proff. Ascoli-Ranelletti); Igiene generale del lavoro (proff. Sanarelli-Puntoni); Legislazione del lavoro (prof. Loriga); Patologia chirurgica del lavoro (prof. Diez); Medicina legale generale (prof. Ascarelli); Infortunistica medico-legale (prof. Ottolenghi); Conferenze sulle varie specialità, dei proff. Alessandri, Ascoli, Baglioni, Bignami, Chiavaro, Cirincione, Dalla Vedova, De Sanctis, Ducrèy, Ferreri, Gaglio, Ghilarducci, Marchiafava, Mingazzini, Pestalozza, Zeri.

Il corso avrà principio il 1° febbraio 1921 ed avrà la durata di tre mesi.

Alla fine del corso a quelli che lo avranno frequentato assiduamente ed avranno superate le relative prove di esame sarà assegnato un diploma di perfezionamento.

Per esservi ammessi si deve fare domanda su carta da bollo di L. 1 al Rettore della R. Università, non più tardi del 15 gennaio 1921, presentando:

a) fede di nascita, debitamente legalizzata dal presidente del Tribunale;

b) diploma o certificato di laurea in medicina e chirurgia (anche di Università estere);

c) quietanza di L. 250 rilasciata dall'economo della R. Università.

Si dovranno pure versare nella Cassa universitaria L. 78.90, occorrenti per sopratassa d'esami, per gli esercizi di laboratorio, per bollo ed indennità.

Per ritirare il diploma, gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta da L. 1 e versare alla Cassa universitaria L. 10.60.

Le iscrizioni si ricevono fino al 10 gennaio 1921.

Corso per ufficiali sanitari.

Dal 15 gennaio al 15 marzo, nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, avrà luogo il corso di abilitazione ad ufficiale sanitario per *laureati in Medicina e Chirurgia,* ed eventualmente per *laureati in Veterinaria* che desiderino perfezionarsi in Igiene.

Gli insegnamenti che si impartiranno sono: Epidemiologia, Batteriologia, Sierologia, Microscopia, Protozoologia, Parassitologia, Chimica e fisica applicate, Igiene del suolo e dell'abitato, Legislazione e polizia sanitaria, Igiene delle carni e legislazione sanitaria veterinaria.

Il corso sarà svolto prevalentemente nelle ore antimeridiane, salvo qualche insegnamento senza esercitazioni, che sarà tenuto nel pomeriggio.

A chi avrà frequentato regolarmente il corso verrà, in seguito a prova d'esame, rilasciato un certificato degli studi fatti.

Per essere ammessi si dovrà fare domanda (su carta bollata da lire una) al Rettore, presentando: Diploma o certificato di laurea; Fede di nascita legalizzata; Ricevuta di L. 250, rilasciata dall'Economo dell'Università. Inoltre si dovrà versare alla cassa dell'Università la somma di L. 78,90, occorrenti per sopratassa di esame, di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità. Per ritirare il diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1,00 e versare alla Cassa Universitaria L. 10,60.

Le iscrizioni si ricevono fino al 14 gennaio, ed essendo limitato il numero dei posti disponibili, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande. Coloro che posseggono il microscopio, sono pregati, nel loro interesse, di portarlo, per uso personale, al predetto corso.

Corso di perfezionamento in clinica ostetrico-ginecologica.

Nell'anno scolastico 1920-21 avrà luogo, *per i laureati in Medicina e Chirurgia,* presso la Clinica ostetrico-ginecologica della Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un Corso di Perfezionamento trimestrale, in *Clinica ostetrico-ginecologica.*

Il corso s'inizierà il 10 gennaio 1921 e saranno impartiti i seguenti insegnamenti: 1° Conferenze cliniche di ostetricia e ginecologia; 2° Diagnostica, igiene e terapia ostetrica e ginecologica; 3° Esercitazioni cliniche.

Alla fine del corso, quelli che l'avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un Diploma di perfezionamento in Clinica ostetrico-ginecologica.

Per esservi ammesso si deve fare domanda su carta bollata da L. 1,00 al Rettore della R. Università, non più tardi del 10 gennaio 1921, presentando: *a*) Fede di nascita debitamente legalizzata dal presidente del Tribunale; *b*) Diploma o certificato di laurea in Medicina e Chirurgia (anche di Università estere); *c*) Quietanza di lire 300 rilasciata dall'Economo della R. Università.

Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 78,90 occorrenti per sopratassa di esame di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità. Per ritirare il Diploma gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1,00 e versare alla Cassa Universitaria L. 10,60.

Le iscrizioni si ricevono fino al 10 gennaio 1921 limitatamente al numero di 30; in seguito avrà luogo altro corso trimestrale.

Corso di perfezionamento in Otorinolaringologia.

Il 10 gennaio avrà inizio un corso di perfezionamento di Clinica Otorinolaringologica nella Regia Università di Napoli, con esercitazioni pratiche e dimostrazione di operazioni.

A detto corso possono prendere parte i laureati in Medicina e Chirurgia, che debbono farne domanda al Direttore dell'Istituto di Clinica Otorinolaringologica (Ospedale Gesù e Maria) entro il giorno 8 gennaio 1921.

Il numero degli inscritti è limitato.

La tassa di iscrizione è di L. 200 (duecento), da versare all'Economo della R. Università.

Alla fine del corso sarà rilasciato un certificato comprovante la frequenza ed il profitto.

Istituto di Bibliografia medica.

È sorto a Napoli un Istituto di Bibliografia Medica, con sede in Via Francesco del Giudice, 18.

Esso si occupa di redigere sunti della stampa medica quotidiana ed estera, di raccogliere bibliografie monografiche, di eseguire traduzioni integrali nelle principali lingue. Invia saggi e preventivi a richiesta.

Ne sarà organo la «Rivista della Stampa medica», pubblicazione mensile.

Era sentito il bisogno in Italia di un Istituto del genere, e per il successo dell'iniziativa formuliamo i migliori auguri.

Onoranze ad Enrico Morselli.

Promosse da un Comitato di colleghi, allievi ed estimatori, il 10 novembre furono rese solenni e cordiali onoranze al prof. Enrico Morselli per festeggiare il XL anno di insegnamento dell'illustre campione italiano della psicologia, della neuropatologia, della psichiatria, dell'antropologia.

I medici alienisti e neurologi convenuti da ogni parte d'Italia al Convegno Freniatrico (adunatosi a Genova in omaggio al Morselli), medici, allievi ed amici dell'esimio Maestro, in numero di oltre un centinaio, si riunirono ad un banchetto nel magnifico locale dell'«Olimpia». Furono pronunziati molti discorsi; il Maestro rispose ringraziando e dichiarò che avrebbe seguitato a dare tutta la sua opera per i fini supremi della coltura italiana, avendo per sola guida il sentimento di Patria, che è la indispensabile base per lo sviluppo civile dell'Umanità.

Al Morselli giunsero il saluto del ministro Benedetto Croce, dell'on. A. Speranza (che augurava al festeggiato il meritato laticlavio), di Gabriele D'Annunzio, di moltissimi scienziati da ogni par-

te del Regno e dell'Estero, comprese le lontane Americhe.

Come ricordo delle onoranze tributategli, venne consegnato al Morselli un ricco artistico dono, acquistato con pubblica sottoscrizione e consistente in una copia pregevolissima della pittura del Raffaello: *La Madonna dei candelabri*, racchiusa in cornice genuina del 1600.

Il Calendario della Croce Rossa.

Anche pel corrente anno, la C. R. pubblica il suo Calendario, ideato per procurare all'Associazione nuovi proventi e per intensificare la lotta antitubercolare e curare l'attuazione di altre forme di assistenza sanitaria sociale.

La pregevole pubblicazione, nonostante le naturali difficoltà che ogni intrapresa incontra nei suoi inizî, si è subito clamorosamente affermata, e del successo fan fede le richieste, pervenute dai più lontani paesi e dalle più eminenti personalità dell'Italia e dell'Estero.

L'edizione è di tre tipi diversi e cioè:

tipo propaganda: placca in stile trecentesco con pregevole illustrazione a colori, blocco a sfogliare, L. 8; *tipo di lusso*: L. 20; *tipo di gran lusso*: L. 60.

Saranno assegnate medaglie d'oro, d'argento e diplomi a coloro che commetteranno, per sè o per adesioni raccolte, non meno di 500, 100 e 50 esemplari del Calendario.

Nel giornalismo medico.

La «Rivista delle Riviste Mediche», diretta dal prof. Vito Massarotti, pubblica una diligente rassegna analitica delle pubblicazioni di medicina, ordinata per specialità; fa anche posto a trattazioni sintetiche per le singole branche. Nel comitato di redazione raccoglie valorosi scienziati e clinici.

«Lotta antitubercolare» è una pubblicazione mensile di propaganda per l'igiene e la profilassi sociale contro la tubercolosi; viene èdita dall'Associazione Nazionale dei tubercolotici di guerra (Milano, via della Signora, 8); contiene lavori originali pregevolissimi di valenti cultori della tisiologia e rispecchia il movimento dell'Associazione. Si raccomanda all'attenzione di tutti gli studiosi di igiene sociale.

I voti del Congresso nazionale della stampa periodica non quotidiana.

Si è adunato il primo Congresso Nazionale della Stampa periodica non quotidiana di cui hanno tenuto la presidenza gli onorevoli Sanarelli e Marangoni ed al quale hanno dato la loro adesione il ministro Micheli, numerosi deputati e oltre duecento riviste e giornali non quotidiani della penisola.

Sono stati approvati varî ordini del giorno: uno, *sulla fornitura della carta*, col quale si richiama il Governo al suo preciso dovere di estendere il suo interessamento a tutte le forme di giornalismo che sono emanazione di pensiero e di coltura; sulle *concessioni postelegrafoniche e ferroviarie*, col quale si chiede che il Governo non neghi la sua assistenza agli organismi di stampa ai quali, in condizioni di minore forza economica, è affidata la missione di integrare e rassodare le conquiste del pensiero nella scienza e nell'arte, e *sul contratto di lavoro* per la nomina di una Commissione incaricata di redigere uno schema di contratto da sottoporre all'approvazione di un prossimo Congresso.

La Commissione è stata nominata nelle persone degli on. senatore Lucchini e Marangoni, avv. Cottini, cav. Caimi e signorina Maria A. Loschi.

Il nostro collaboratore dott. Paolo Rusca ha avuto la sventura di perdere l'amatissimo fratello dott. Carlo, primo assistente di Clinica Pediatrica nei RR. Istituti Clinici di perfezionamento di Milano, rapito fulmineamente — appena trentaduenne — alla scienza, nella quale s'era già affermato con solidi, geniali lavori sperimentali e clinici (ci eravamo onorati di ospitarne qualcuno, pregevolissimo, nella nostra Sezione Medica).

Al nostro amico, così duramente provato, facciamo dal cuore le nostre condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVIII Fasc. 1

IL POLICLINICO

SEMI-PREMIO esclusivo pei soli abbonati al "Policlinico" del 1921

☞ *IN CORSO DI STAMPA:*

Dott. Cav. Uff. Alberto Vigo **(DOCTOR JUSTITIA)**

La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale

Questa pubblicazione colma una lacuna vivamente sentita e corrisponde a un desiderio più volte manifestatoci dalla classe medica, poichè illustra, commenta e compendia tutta la vasta giurisprudenza e le leggi che si riferiscono all'esercizio professionale.

In essa vengono risolute molte questioni che diuturnamente si manifestano fra i professionisti e le pubbliche amministrazioni, essendosi tenuto conto dei molteplici e svariati quesiti che vengono proposti per la legale soluzione dalla generalità di coloro che esercitano.

Il manuale, che sarà pronto tra breve, *riuscirà pertanto* **prezioso** *a tutti i medici.*

N.B. — *Gli alti prezzi della carta ci obbligano a limitare la tiratura di questo manuale, per quanto di tanta importanza, al numero di copie necessario per le* **sole richieste dei nostri abbonati.** *Consigliamo quindi coloro che non ne vogliono restare privi di mandarci subito la prenotazione d'acquisto, insieme al prezzo d'abbonamento pel 1921, avvertendo che,* **unicamente per le richieste che ci perverranno prima del 31 corrente,** *il volume verrà ceduto* AL PURO PREZZO DI COSTO.

☞ *D'IMMINENTE PUBBLICAZIONE:*

Dott. MARIO FLAMINI

Medico nel Brefotrofio Provinciale, già assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma
Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia

Manuale di Pediatria Pratica

(Seconda edizione)

Volume di oltre 350 pagine, in-16 grande, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo. — Sarà posto in commercio al prezzo di **L. 18,** ma agli associati al "Policlinico„ che aggiungeranno sole

☞ L. 12.60 ☜

all'importo del loro abbonamento pel 1921, il volume verrà loro inviato franco di porto e raccomandato.

N. B. — Si avverte che queste speciali agevolezze resteranno in vigore soltanto sino al 31 corrente e che non saranno prorogate per nessuna ragione.

☞ ***Recentissima pubblicazione:***

Prof. RINALDO MARCHESINI
docente d'Istologia e di Tecnica microscopica nella R. Università di Roma.

COMPENDIO DI EMATOLOGIA

ad uso dei medici pratici e degli studenti

con prefazione del **prof. VITTORIO ASCOLI**

È un riassunto delle attuali cognizioni riferentesi al sangue normale e patologico, con tavole sinottiche che chiariscono la derivazione, i rapporti, il valore dei diversi elementi del sangue. Vi sono inoltre tracciate le varie malattie del sangue — le diverse forme parassitarie — le proprietà dei sieri, con la tecnica appropriata per la ricerca di tutto ciò che si può presentare di patologico nel siero e nei corpuscoli sanguigni.

Un piccolo vocabolario ematologico fa seguito al lavoro, con richiami nel testo, che facilita il ricordo e la significazione dei numerosi e vari nomi dati alle cellule del sangue, nei vari stadi di maturazione e di alterazione patologica, facendo rilevare la sinonimia di una stessa cellula, designata variamente a seconda dei vari Autori.

Due tavole illustrative mostrano le varie forme cellulari che possono far parte di un reperto sanguigno e le forme di alterazione patologica che vi si possono riscontrare.

Quest'opera, che il chiaro Autore ha preparato esclusivamente per i nostri abbonati, riuscirà indiscutibilmente di grande vantaggio sia agli studenti che ai medici pratici.

Un volume in-16 grande, di circa 200 pagine, con 74 figure e relative spiegazioni, su due doppie tavole in fototipia.

In commercio L. 10 - Per gli associati al POLICLINICO sole L. 7.50, franco di porto e raccomandato.

☞ **Indirizzare Vaglia Bancari e Cartoline-Vaglia sempre al nome del Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA**

ANNO XXVIII — Roma, 10 Gennaio 1921 — Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica e Patologia Medica della R. Università di Sassari
diretto dal prof. C. MORESCHI.

Valore comparativo dell'intradermoreazione con altri metodi biologici usati per la diagnosi di echinococcosi.

Dott. P. LURIDIANA, assistente.

A complemento di alcune ricerche sulla intradermoreazione nelle echinococcosi pubblicate in questo giornale ed in vista della utilità pratica di questo metodo biologico credo opportuno di riferire nuove indagini sullo stesso metodo comparativamente studiato con altre reazioni.

Il metodo, ove si seguano le norme date dal Casoni, non offre dubbi sulla sua valutazione: è facile, infatti, discernere la vera reazione anafilattica dalla reazione fugace dovuta all'azione irritante del liquido.

La reazione, se ha valore assoluto riguardo alla specificità altrettanto non può dirsi nei rapporti della sua costanza. Infatti il Casoni la vide mancare in un caso certo di echinococco, e ne spiegò l'assenza per uno stato di antianafilassi; il Gasbarrini ebbe lo stesso risultato in un echinococco suppurato, ed un caso simile registrai io nella mia precedente nota.

In questa illustrai pure un altro caso di echinococco con reazione negativa, che cercai spiegare, sulle orme del Weinberg, per le particolari condizioni anatomiche della parete cistica, che impediva l'assorbimento del liquido idatideo, primo ed indispensabile elemento per l'esito della reazione.

Pietravalle recentemente la trovò positiva 5 volte su 6 casi, mentre trovò positiva costantemente la deviazione del complemento, per la quale consiglia di dosare preventivamente il cloruro dell'antigene e aggiungerne se è in di-

fetto, onde impedire che la scarsa concentrazione molecolare favorisca l'emolisi.

Per queste considerazioni mi proposi di studiare questo metodo parallelamente a parecchi altri metodi biologici già in uso nella diagnosi di echinococcosi: la precipitoreazione, la deviazione del comlpemento, l'eosinofilia.

La precipitoreazione, fallita completamente nelle mani di chi, primo fra tutti, l'applicò all'echinococco (Joest), elevata a portata veramente pratica per opera di Fleig e Lisbonne, di Welcks e Kapmann, diede risultati sconfortanti con altri autori (Gherardini, Bettenkourt, Bernabei), più incoraggianti con Puntoni, Israel, Maramon, De Gaetano, Abbadie. Putzu ebbe risultati ancor più favorevoli, ma notò qualche reazione aspecifica.

Dall'ampia statistica del Weinberg (166 casi) risulta che la reazione è positiva solo nel 30-35 %; che la comparsa delle precipitine nel siero degli infermi non ha rapporto alcuno con la grandezza della cisti. Nelle forme suppurate talora è positiva, talora negativa.

Il metodo quindi non è costante, nè specifico. Che non dia troppo affidamento lo dimostrano le modificazioni apportate da vari autori, modificazioni riguardanti sopratutto il quantitativo di antigene da usare (liquido echinococcico):

a) Fleig e Lisbonne a 2 cmc. di liquido idatideo aggiungono 12 goccie di siero e tengono le provette a 40°-42° per parecchie ore;

b) Welks e Kapmann a 0.7 di liquido aggiungono 12 goccie di siero e lasciano le provette a temperatura ambiente;

c) Weinberg costantemente a 1 cmc. di liquido aggiunge 1 di siero, in una provetta; in un'altra, a 1 di antigene, ½ di siero: le mette due ore in termostato e poi a temperatura ambiente;

d) Pfeiler usa la reazione zonale; al contatto del siero e antigene si forma un anellino biancastro.

Non è quindi da escludersi che la discordanza dei reperti sia dovuta alle difficoltà che si incontrano nel titolare l'antigene, rappresentato in prima linea dal liquido echinococcico (gli estratti alcoolici si sono dimostrati più incostanti) poichè l'efficacia varia da liquido a liquido.

La deviazione del complemento applicata alla ricerca di anticorpi nell'echinococco da Ghedini, e resa pratica dal Weinberg, diede risultati più sicuri del metodo precedente. Neanche questo metodo però è costante. Dalla statistica del Weinberg (306 casi) si rileva che è negativo nel 17-18 % dei casi.

Il Weinberg ha cercato di spiegare l'assenza degli anticorpi in circolo ed ha potuto dimostrare che la vera causa talora risiede:

a) In particolari condizioni della parete cistica, permeabile per certe sostanze, impermeabile per altre. Cita il caso di Ghedini, che dimostrò la presenza di tifo-agglutinine nel liquido cistico di un individuo affetto da echinococco e infettatosi di tifo, mentre Troisier non potè dimostrare le stesse sostanze nel liquido cistico di un individuo affetto da echinococco con emocultura e Widal positiva, nè anticorpi devianti il complemento nel siero di sangue.

b) In uno scarso assorbimento di antigene (cisti nei primi stadii dello sviluppo). Infatti sieri di individui affetti da echinococco che reagirono negativamente prima dell'operazione, diedero una reazione chiaramente positiva 6-10 giorni dopo, e ciò tutte le volte che, per non essere stata asportata completamente la cisti, più facili poterono diventare i rapporti fra questa e organismo, e più forte l'assorbimento d'antigene. Mentre la reazione, negativa prima, lo era ancora dopo l'operazione nei casi in cui la cisti fu eliminata completamente.

c) Nella scomparsa del potere antigene. Si ha spesso nelle forme suppurate. Resta classico il caso di Putzu, che non potè trovare anticorpi nel siero, nè prima nè dopo l'operazione, che non portò all'enucleazione della cisti.

Le forme suppurate però danno spessissimo delle reazioni positive. Il Weinberg opina che la suppurazione in questi casi è avvenuta tardivamente, e cioè dopo che erano stati fabbricati in gran quantità gli anticorpi.

Recentemente altri autori hanno illustrato casi con reazione negativa. Anche questo metodo quindi non ha valore assoluto e la tecnica non è certamente semplice.

L'eosinofilia, alla quale si volle dare valore patognomonico, si ha come reperto in molte forme parassitarie e talora fa difetto.

Avvalora la diagnosi se il suo reperto coincide con altri metodi biologici.

La reazione meiostagmica dell'Ascoli se diede risultati favorevoli per opera di Izar, Brugnatelli, fu trovata molto incostante dal Weinberg, che non la potè ottenere mai con liquido echinococcico, che, secondo quest'autore, rimane finora l'antigene più efficace. La reazione di Abderhalden, applicata favorevolmente dal Giani e sfavorevolmete dal Pesci, ha bisogno di ulteriore conferma.

Nelle mie ricerche, riusciti vani i tentativi per ottene e un estratto alcoolico costante ed

efficace (dal liquido disseccato e dalle membrane), ho usato il liquido echinococcico di pecora o di bue prelevato di fresco, saggiandone volta per volta il potere anticomplementare. Mi sono attenuto alle norme del Weinberg usando come dose massima di siero 0.3-0.4. Nei riguardi della precipitoreazione ho eseguito sempre i metodi esposti.

Per i sieri in esame furono praticate le reazioni di Wassermann, Sachs-Georgi e Meinicke, che si mostrarono negative.

		Eosinof.	Intraderm.	Deviazione	Precipit.	Controllo
1. Echinoc.	fegato	2,5 %	+++	++	±	operaz.
2. »	milza	17 %	+++	++	+	puntura liq. pres. uncini
3. »	milza	4.9 %	++	++	0	operaz.
4. »	fegato	6.6 %	++	+	0	operaz.
5. »	polm.	3.08 %	+	0	0	puntura liq. pres. uncini
6. »	fegato	2.2 %	+++	0	0	es. radioscopia
7. »	polm. suppur.	1.9 %	0	+	0	operaz.
8. »	fegato suppur.	1.7 %	0	++	±	operaz.
9. »	multipl. fegato	1.6 %	0	+	+	operaz.
10. »	rene	6.5 %	++++	+++	++	operaz.

I casi esaminati sono dieci, dei quali sette accertati all'atto operatorio, due con la puntura esplorativa (liquido limpido e presenza di uncini), uno controllato con la radioscopia.

Come si rileva dall'unita tabella, in cinque casi (due del fegato, due della milza, uno del rene) l'intradermo concorda positivamente con la deviazione del complemento; degli altri cinque, due (un echinococco polmonare ed uno del fegato) diedero l'intradermoreazione positiva, rispettivamente + e +++, mentre negativa era la deviazione del complemento; tre (due echinococchi suppurati ed uno non suppurato) presentavano positiva la deviazione del complemento (rispettivamente +, ++, +) e negativa la intradermoreazione.

La precipitoreazione positiva in due casi assieme alle altre due; in un altro caso assieme alla deviazione del complemento; in due dubbia e negativa nel resto.

L'intradermoreazione fu negativa in 3 casi, in due dei quali (cisti suppurate) una anamnesi accurata rilevò che non appena gl'infermi avvertirono i primi disturbi, comparvero accessi febbrili, durati a lungo, contro i quali fu completamente inefficace la cura chininica.

Può darsi quindi che già prima che si formassero gli anticorpi anafilattici, la cisti perdesse il suo potere antigene. Infatti mai in questi individui, 20-30 giorni dopo l'operazione (non fu potuta fare l'enucleazione cistica), si potè ottenere con vari liquidi la reazione anafilattica.

Di difficile interpretazione è la mancata reazione nel 3° caso (tre voluminose cisti al fegato, due limpide e una tinta da pigmenti biliarici). Qui non possiamo invocare cause inerenti la parete cistica che impedissero l'assorbimento del liquido idatideo, perchè le pareti erano esilissime, poi per il fatto che l'intradermoreazione fu sempre negativa, dopo tre interventi operatorî, nel qual caso si erano create le migliori condizioni per la reazione anafilattica. Non possiamo invocare la scomparsa della proprietà antigene, mancando ogni traccia di suppurazione.

Può darsi invece che un eccessivo assorbimento di antigene abbia danneggiato talmente l'organismo da generare uno stato antianafilattico (Besredka). Infatti il soggetto sofferente da molto tempo si presentò a noi in condizioni di gravissimo deperimento, in piena cachessia, e, per dirla col Testi, in un vero stato « tisi idatidea ».

Concludendo:

1° I metodi biologici che danno migliore affidamento nella diagnosi di echinococcosi sono la deviazione del complemento e l'intradermoreazione, ma nessuno di questi è costantemente positivo;

2° I due metodi possono compensarsi a vicenda: dai miei casi risulta che ove l'uno fu negativo, l'altro fu positivo;

3° L'intradermoreazione si presume possa mancare:

a) per impedito assorbimento di antigene (cause inerenti la parete cistica);

b) per scomparsa della proprietà antigene (suppurazione cistica);

c) per eccessivo assorbimento di antigene (stato antianafilattico).

BIBLIOGRAFIA.

Casoni. Folia clinica, chim. e microscop., 1902, vol. IV, fasc. III.
Gasbarrini. Policlinico, 1919, n. 12, Sez. Medica.
Testi e Zoli. Rivista critica di clinica medica, 1919, n. 51.
Weinberg. Handbuch der pathog. Microrg., in Kolle-Wassermann, Bd. VIII.

PUTZU. Biochim. e terap. speriment., 1909, fascicolo 9.
GHEDINI. Gazz. Osped. e Cliniche, 1906. — Riforma medica, 1910.
PUNTONI. Bollettino Scienze mediche, 1910.
BRUGNATELLI. Pathologica, 1910, n. 13.
ACHARD e LAUBRY. Comptes R. Soc. Biol., 1901.
ASCOLI M. Münch. med. Woch., 1910.
CHAUFFARD-BOIDIN-LAROCHE. Comptes R. S. B., 1909. — Société méd. des Hôp., 1907.
FLEIG, Lisbonne. Comptes R. S. B., 1907 e 1908. — Revue médicale, 1909.
DE GAETANI. Riforma medica, anno 26, n. 39.
IZAR. München. mediz. Woch., 1910.
MEMMI. Rivista critica clinica medica, 1901.
PALAZZO. Gazzetta internaz. della medic., 1901.
TROISIER. Compt. R. S. B., 1909.
ZAPELLONI e RICCIUTTI. Biochimica e terap. sperimentale, anno 2°.
WELSH e KAPMANN. Lancet, 1909.
ZAPELLONI. Policl., Sez. Chirurgia, 7, 8, 9, 10, 11.
PIETRAVALLE. Il Mondo Medico, giugno 1920.
GIANI. Citato in Rivista critica di clinica medica, 1919, n. 51.
PESCI, citato come sopra.

NOTE E CONTRIBUTI.

L'uso dell'alcool propilico e delle soluzioni propiliche di alcune sostanze coloranti nella terapia chirurgica.

V. PLETH, A. B., Ph. B. M. D. (Capitano M. C., U. S. A.), Sonora, California.

L'azione disidratante dell'alcool in generale è conosciuta da lungo tempo. È noto infatti che l'alcool della distillazione del legno (metilico) si combina con due molecole d'acqua; che l'alcool del frumento (etilico) si combina con quattro; il propilico, con otto; il butilico, con sedici; l'amilico, con trentadue, ecc. Fino ad oggi solo l'alcool etilico è stato usato nella tecnica chirurgica e principalmente come disinfettante delle mani (Ahlfeld). La sua proprietà di precipitare l'albumina è ben nota e Beyer crede che la sua azione terapeutica si fondi su questa proprietà venefica, la quale è controbilanciata dalla proprietà igroscopica dell'alcool. La precipitazione dei prodotti albuminoidi per azione dell'alcool dipende dalla presenza di sali (Fischer), e quando l'alcool agisce sui batterî (in un mezzo acquoso) esso produce una precipitazione della loro albumina e così li uccide.

Gli esperimenti han dimostrato che l'alcool propilico al 16 % uccide i batterî più presto che l'alcool etilico al 24 % o l'alcool metilico al 32 %; ma vi è un altro fattore che determina il potere germicida, e questo è il grado della «*tensione in superficie*» dell'alcoool in questione. Traube e Czapek hanno dimostrato che se questo è assoluto, la tensione in superficie è molto bassa, e se è diluito con acqua detta tensione viene grandemente ridotta. Tutte le questioni di osmosi e di narcosi dipendono da questa tensione in superficie, la quale viene calcolata a mezzo del comune *stalagmometro*. (Può usarsi tanto lo stalagmometro di Traube, quanto quello di Amann). Se la tensione dell'alcool propilico in acqua (1 a 3) è uguale a 0.4, allora lo stalagmometro con questa soluzione rende 240 gocce di alcool propilico al 25 %, a 15° C., ecc. ecc.

Czapek ha dimostrato che per un certo numero di sostanze la tensione in superficie deve essere di 0.68 perchè esse possano penetrare nell'interno della cellula vivente ed ucciderla.

La tensione in superficie degli eritrociti è di circa 0.6; delle cellule di fermenti di circa 0.5, e Christiansen calcola quella dei batterî in circa 0.4 e delle spore in circa 0.3.

La tensione in superficie deve essere accuratamente studiata quando si abbiano a praticare iniezioni intravenose. La cifra bassa, di 0.3, spiega perchè l'alcool non uccide le spore anche dopo un'azione prolungata. Ampie ricerche sulla tensione in superficie sono state fatte da Ducleaux, Traube, Kirch, Ramsay e Christiansen.

Wirgin conclude che l'alcool propilico è quello che agisce più profondamente e che nessuna specie di alcool, se assoluto, esercita azione disinfettante su di un corpo secco. Christiansen ha dimostrato che a 25° C. il tempo impiegato per la disinfezione è di mezzo minuto, con una tensione di superficie di 0.45 per l'alcool metilico; 0.43 per l'alcool etilico (l'acetone ha 0.42).

Di tutti gli alcool solamente il propilico esercita azione disinfettante alla temperatura di 0°, in diluizione dal 30 % al 100 %. Come si è detto più su, l'alcool uccide i batterî solamente allo stato umido. Sotto un'adatta tensione di superficie l'alcool penetra nel corpo del batterio ed aiutato dalla presenza di sali nel protoplasma, lo precipita; ma nello stesso tempo l'alcool sottrae l'acqua dal protoplasma, fatto questo che può salvàr la vita del batterio. Che l'alcool propilico uccida anche alla temperatura di 0°, significa che l'azione d'assorbimento dell'acqua si estrinseca così rapidamente da sopraffare quella protettiva. La precipitazione del protoplasma nei batterî dipende, come già si è detto, dalla quantità di sali che esso contiene, ma Kruse ha dimostrato che quello delle spore è povero di sali: ecco perchè l'alcool non uccide le spore, come uccide i batterî. Saul uccise le spore facendole bollire in alcool propilico, al 30 %. Siccome la tensione in superficie delle spore è molto bassa (0.3) e quella dell'al-

cool propilico (25 %) è di 0.4, così questo non è capace di penetrare nell'interno delle spore. La proprietà disinfettante degli alcool dipende dalla diversa tensione in superficie. Alla tensione adatta, l'alcool propilico disinfetta quattro volte meglio dell'etilico e scioglie il grasso della cute; applicato sulla pelle si assorbe rapidamente senza essere per altro velenoso. Esso eccelle, inoltre, in diluizione più alta del 35 %, pur non essendo primo pel suo potere igroscopico (una molecola di alcool propilico si mischia con otto molecole di acqua). La concentrazione disinfettante dell'alcool propilico è quindi al di sotto del 35.

Gli alcool superiori, come il butilico, l'amilico, ecc., sono poco solubili in acqua. Gli esperimenti dimostrano che l'alcool propilico è mirabilmente adatto per la disinfezione della pelle, perchè ha una tensione in superficie bassa e può mischiarsi facilmente con l'acqua e coi lipoidi, tuttavia, fino ad oggi, esso è stato soltanto poco utilizzato in chirurgia.

Saul ha sterilizzato le spugne, per uso chirurgico, facendole bollire con alcool propilico al 30 %.

Fra coloro che si sono occupati dell'uso dell'alcool come mezzo di sterilizzazione debbono essere ricordati Buchner, Fuchs e Wirgin. Per ciò che si riferisce all'alcool propilico, si deve rammentare che esso perde le sue virtù antisettiche se lo si mischia con più di 4 volte il suo volume d'acqua (differenza di coefficiente della tensione di superficie). Il valore degli alcool è basato sulla loro capacità di penetrare gli strati di grasso depositati sulla pelle, nei quali si trovano i batterî, e allo stesso tempo di ucciderli. Ciò, come si disse, dipende da una bassa tensione di superficie e da una grande capacità a combinarsi con l'acqua e con i lipoidi. Pertanto una soluzione al 50 % di alcool propilico è un miglior detersivo della pelle, che non sia una soluzione di nitrato d'argento al 2 %.

L'alcool etilico è stato usato largamente in chirurgia e la sua più efficace azione pare si ottenga con una soluzione al 70 %; ma se questa viene diluita dalla secrezione naturale delle ferite, perde le sue proprietà di penetrazione; per contro, se l'alcool viene usato in soluzione più concentrata del 70 %, diventa doloroso e precipita le sostanze albuminoidi (Phul, Wohl).

Christiansen esaminò anche l'azione del siero in relazione con l'alcool propilico: una cultura in brodo di stafilococco piogeno aureo, vecchia di 24 ore, fu mischiata con 3 volumi di siero di cavallo e ad un cmc. di questa mescolanza (in due provette) furono aggiunte parti eguali di una soluzione di alcool propilico, al 50 % ed al 70 %.

In un minuto ed a 20° C. tutti i batterî furono uccisi; anche il nitrato d'argento dette il medesimo risultato in una prova identica, ma una soluzione all' 1 % di nitrato d'argento e l'alcool etilico in qualsiasi concentrazione non uccisero altrettanto rapidamente i batterî. Il miglior alcool propilico sembra quello di Kahlbaum (n-propil alcool); negli Stati Uniti, Eimer e Amend C° di New York fornisce un prodotto altrettanto buono.

Noi abbiamo utilizzata la proprietà, che ha l'alcool propilico di sciogliere i grassi, per la disinfezione delle mani.

Queste vengono scopettate con i comuni spazzolini sterilizzati, usando acqua calda e sapone verde o di Castiglia e adoperando parecchi spazzolini per la stessa lavatura. Poscia si applica una soluzione da alcool propilico al 50 % per lo spazio sotto-ungueale, seguita subito dopo da una al 25 %. Finalmente le mani intere vengono strofinate con una soluzione di alcool propilico al 50 %.

Tale trattamento lascia la pelle secca, ma liscia, e mettendolo in pratica abbiamo operato, senza usare guanti, un gran numero di pazienti, senza alcuna traccia d'una qualsiasi infezione, e ciò sia che si praticassero le suture e le allacciature con la seta, sia che le si praticassero col catgut. Bevan, nella sua « Chirurgia Generale » fa menzione della prova di Haegler, con la quale si adopera la tintura cinese liquida per controllare la perfezione della sterilizzazione.

A quanto pare, la pelle più delicata può tollerare l'uso dell'alcool propilico, alla concentrazione su menzionata, e l'A. ed i suoi aiuti l'hanno adoperato sempre con buoni risultati, anche nei casi d'infezione più grave.

Il miglior risultato nel trattamento delle ferite si è avuto con la soluzione di alcool propilico al 25 %.

L'A. avendo usato per un certo numero di anni le diverse sostanze coloranti nel trattamento delle ferite, pensò di sospendere queste sostanze coloranti in soluzioni di alcool propilico al 25 %. Molte volte usò diverse sostanze coloranti in un'unica soluzione: ad es., 2 % di verde malachite con o senza l'aggiunta di una egual quantità di cloruro di mercurio (1 % o 2 %) in alcool propilico al 25 %. Il verde malachite in alcool propilico, senza l'addizione del cloruro di mercurio, pare che agisca ugualmente bene. Tildes aveva già in passato usato queste sostanze chimiche, disciolte in alcool etilico all' 80 %. La mescolanza del cloruro di mercurio e del verde malachite forma un composto doppio, di una molecola di malachite e due molecole di mercurio, il quale è un *leuco*

composto invisibile sulla ferita, ma che pur non di meno mantiene la sua attività.

Oltre il verde malachite, altri rappresentanti del gruppo del *diamidotrifenilmetane* (verde brillante) furono sospesi in alcool propilico al 25 % ed impiegati (Ehrlich) nel trattamento delle ferite infette (Dakin, Browning). Noi abbiamo tentato anche le fuxine in modo analogo, come il violetto cristallo ed il violetto di metile (Dryer); le nostre osservazioni ci han portato alla conclusione che le ferite infette, trattate con alcool propilico o con alcune sostanze coloranti, disciolte in alcool propilico, guariscono più rapidamente che quando vengono trattate secondo il metodo di Carrel-Dakin (ipoclorito) o con altri procedimenti. L'alcool propilico è stato usato in odontojatria per disinfettare rapidamente i canalicoli delle radici: esso agisce rapidamente per virtù delle sue proprietà disidratanti.

In molti casi di fistole d'antica data l'alcool propilico fu d'aiuto decisivo nel determinare una rapida guarigione. Da prima fu irrigato il seno fistoloso con alcool propilico al 50 %, indi con una soluzione di malachite in alcool propilico al 25 %: quando poi s'era asciugato, lo si riempiva con la miscela del Calot, alla quale era stata aggiunta una piccola quantità di verde malachite.

Parecchi casi di pleurite purulenta furono curati con la puntura, seguita da una iniezione, attraverso la canula del trequarti, di 30 gr. o più, di una soluzione di violetto di metile in alcool propilico: il trattamento veniva ripetuto se le condizioni lo richiedevano. Molti dei casi non richiesero che una sola puntura; raramente fu necessario farne tre.

Diversi casi d'infezione dell'articolazione del ginocchio furono trattati col vuotamento del liquido, il lavaggio dell'articolazione con etere e finalmente una iniezione di violetto di metile in alcool propilico, al 25 %, medicando poscia la ferita senza drenaggio.

Un caso d'infezione dell'articolazione del ginocchio, in seguito a ferita penetrante, da palla d'una carabina Mauser, fu curato con la semplice rimozione del liquido fatta con un piccolo trequarti ed iniettando attraverso il medesimo trequarti violetto di metile in alcool propilico. In quel periodo non era possibile trovare dell'etere: la ferita fu medicata senza drenaggio ed il paziente guarì con un'articolazione ben funzionante.

Altro caso interessante è quello di un soldato con una ferita infetta, da baionetta, la quale gli aveva attraversato il braccio e le parti molli del torace. Questa ferita resistette per più di tre mesi al metodo di disinfezione con l'ipoclorito; venne poscia trattata con una soluzione di verde malachite in alcool propilico al 25 % e successivamente con semplice alcool propilico al 25 %, nel mentre la pelle intorno alla ferita veniva pennellata con alcool propilico al 50 %. In meno di due settimane la suppurazione era dominata e il seno fistoloso residuo veniva riempito con la miscela del Calot, guarendo con una sola medicatura.

Pare certo che l'alcool n-propilico avrà un grande avvenire nella cura delle affezioni cutanee: due casi di blastomicosi delle mani risposero prontamente al trattamento con l'alcool n-propilico, dopo aver resistito per mesi a tutti gli altri mezzi di cura; parecchi casi di actinomicosi guarirono anche completamente.

Un gran numero di casi d'infezione del cuoio capelluto si modificarono rapidamente con l'applicazione di una sostanza colorante, sciolta in alcool n-propilico al 25 %. Grandi zone di cute furono ricoperte, per alcuni giorni, con compresse imbevute di alcool n-propilico al 25 %, senza che ne sia derivata alcuna reazione locale.

L'A. ha praticato numerose esperienze sulla disinfezione della seta per suture, in alcool n-propilico al 25 e 50 %, con l'aggiunta o meno d'un colore d'anilina.

Il solo alcool n-propilico, al 25 %, senza l'aggiunta di alcuna sostanza colorante, ha dato già buoni risultati. Il metodo seguito è stato quello di conservare semplicemente, per una settimana o presso a poco, la seta nella soluzione prescelta. La seta, preparata a questo modo, è stata largamente adoperata per suture perdute, senza che al suo uso abbia potuto attribuirsi alcun inconveniente.

L'A. ha trattato parecchie centinaia di casi di ferite infette, più o meno gravi, che non possono essere enumerati in un articolo come questo, con risultati così eccezionalmente buoni da impressionare e con tale risparmio di tempo nella sterilizzazione delle ferite, che ritiene il metodo meritevole di essere generalizzato.

(tr. T. F.)

BIBLIOGRAFIA.

AHLFELD. Deutsch. Med. Woch., 1895, pag. 851.
AHLFELD. Z. f. Geburtschilfe, 1914, pag. 504.
BEVAN. General Surgery, 1910, pag. 55.
BEYER. Z. f. Hygiene, 1911, pag. 255.
BROWNING. Arch. f. Hygiene, 1901, pag. 347.
BROWNING. Brit. Med. J., Jan. 20, 1917, pag. 73.
CHRISTIANSEN. Hospitalstidende, 1918, 61, n. 2 e 3.
CZAPEK. Bericht. d. d. botan. Gesell., 1910, S. 480.
DAKIN. Brit. M. J., 1915, pag. 318.
DAKIN and DUNHAM. Handbook of Antiseptics, 1917, pag. 66.

DUCLEAUX. Annal. d. Chim. et de Phys., 1878.
EHRLICH. *Chemical Constitution and Pharmacological action*, 1898 (in von Leyden's, volume 1°).
FISCHER O. Bericht. d. Deutschen. Chem. Gesell., 1878.
FISCHER and MARTIN. *Nephritis and Oedema.*
FISCHER and MARTIN. *Physical Chem. in the service of medicine.*
FUHNER. Z. f. Biol., 1912, pag. 465.
KIRCH. Z. Biochem., 1912, pag. 153.
KRUSE. Allgem. Mikrobiol., 1910, pag. 53.
PHUL. Z. f. Hygiene, 1904, pag. 313.
RAMSAY. Philosoph. transact., 1893, pag. 647.
SAUL. Arch. f. Klin. Chir., 1898, pag. 686.
TILDES. Lancet, 1915, 11, pag. 165.
TRAUBE. Annal. der Chem., 1891, pag. 27.
WIRGIN. Z. f. Hygiene, 1904, pag. 149.
WOHL. Deutsch. Med. Woch., 1904, 30, 1, S. 241.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sulla gastroptosi.
Osservazioni radiologiche e terapia.

Dott. ERNESTO CAVAZZA
libero docente di patologia speciale medica
nella R. Università di Modena.

Nel 1914, al Congresso di medicina interna tenutosi a Genova, presentai in una nota preventiva alcune considerazioni sulla gastroptosi ed esposi un metodo di terapia sul quale desidero oggi, sulla scorta di nuove numerosissime osservazioni, richiamare di nuovo l'attenzione.

Il fatto che disturbi a tipo dispeptico e neurastenico, anche gravi, siano legati ad un abbassamento maggiore o minore del margine inferiore dello stomaco, è divenuto certo ancor più frequente che per l'innanzi nel periodo bellico e postbellico. Tanto in coloro che vi hanno direttamente partecipato, quanto in quelli che ne hanno indirettamente sofferto restando nelle lor case, la guerra, con le fatiche, coi patemi d'animo, colle privazioni, i lutti ed i dolori che l'hanno accompagnata, ha certamente reso più frequente questa alterazione anatomica che si manifesta con una sindrome morbosa abbastanza caratteristica: così caratteristica, secondo me, da costituire un quadro clinico che dovrebbe essere più universalmente noto e più spesso diagnosticato di quanto in realtà lo sia.

Eppure la gastroptosi non è frequentemente riconosciuta dal medico pratico e poichè i mezzi terapeutici comuni sono in essa assai poco efficaci, questi pazienti trascinano a lungo le loro sofferenze e non di rado sentono aggravarsele, ciò che conduce a ripercussioni depressive sul sistema nervoso, che rendono più complesso il quadro clinico e lo fanno spesso confondere con quelle forme che vanno sotto il nome di « neurastenie dispeptiche ».

Pur prescindendo dalla innegabile difficoltà che presenta talora la delimitazione dell'aia gastrica e senza voler negare la bontà di taluni metodi ideati per determinarla (quale, ad es., quello di Queirolo e Landi) ai quali si può ricorrere agevolmente in una clinica o in un ospedale, ma non abitualmente nella clientela privata, e prescindendo anche dalla frequente confusione semeiologica fra gastroptosi e dilatazione gastrica, non deve perdersi di vista che l'esame del malato, facendosi ordinariamente in posizione orizzontale ed assai spesso a stomaco vuoto, non dà affatto l'idea della posizione che il viscere occupa nella stazione eretta ed a stomaco pieno, nelle condizioni, cioè, che sono più abituali e nelle quali appunto la gastroptosi si accentua maggiormente. Chiunque abbia pratica di esami radiologici dello stomaco, si rende facilmente conto di tali asserzioni, pensando alle differenze talora enormi che ha il livello gastrico in posizione eretta e in posizione orizzontale.

Il numero delle *osservazioni cliniche* fatte finora ammonta a 298, e buona parte di esse è corredata dai necessari esami di controllo, dimodochè le conclusioni a cui giunsi fino dal 1914 e che sono dalle successive ricerche pienamente confermate, possono ormai avere, per numerosi infermi riveduti anche dopo molti anni, il conforto della stabilità dei vantaggi ottenuti col metodo di terapia da me ideato.

***

La *sindrome clinica* che corrisponde alla gastroptosi può essere ricordata in brevi tratti: gli infermi, dopo il pasto e spesso per parecchie ore sono molestati da un senso di ripienezza e di peso all'epigastrio, che è in generale tanto più penoso quanto più abbondante fu il pasto e sopratutto quanto maggiore fu l'ingestione di liquidi. Talora il malato accusa una specie di costrizione epigastrica o di crampo, come se esistesse un ostacolo meccanico allo svuotamento dello stomaco. È assai raro che egli senta bruciore, o dolore, o gonfiezza, mentre è frequentissimo che l'infermo riferisca di trovare vantaggio nello star coricato, specialmente sul fianco destro, dopo i pasti. Il vomito è una rara evenienza, specialmente perchè il malato sa di non poter oltrepassare limiti assai ristretti di alimentazione senza risentire una ripienezza ed una oppressione molesta.

Le cause patematiche, malattie pregresse croniche o determinanti un forte deperimento organico, il *surmenage* fisico o intellettuale, entrano quasi costantemente nell'anamnesi. Così pure vi figurano talvolta cause traumatiche, ed in particolare cadute dall'alto, battendo sui talloni o sulle natiche.

Un primo fatto che si poteva desumere dalle prime osservazioni pubblicate e che ha avuto piena conferma dalle successive, è la predominanza della gastroptosi nel sesso femminile. Dei 298 casi osservati 221 riguardano donne e 77 uomini. Fra le donne i casi più frequenti si riferiscono a pluripare e l'affezione spesso si riscontra all'epoca della menopausa. In generale le persone più frequentemente colpite sono quelle di corporatura alta ed esile e quelle, sopratutto, che hanno subìto un rapido, progressivo dimagramento, specialmente quando vi sia concomitanza di cause deprimenti sul sistema nervoso.

***

La sintomatologia clinica ed anche i disturbi soggettivi trovano una perfetta spiegazione nei *reperti radiologici*, i quali permettono di rilevare un rallentamento maggiore o minore della evacuazione gastrica. Tale lentezza, che determina a sua volta un peggioramento nello stato di nutrizione dell'infermo, non è tanto in rapporto coll'entità dell'abbassamento del margine inferiore dello stomaco, quanto col dislivello esistente fra tale margine e il piloro; nello stesso modo i disturbi lamentati dal paziente possono essere molto più moderati in gastroptosi pronunciatissime quando il piloro è contemporaneamente abbassato, che in forme apparentemente più lievi dal punto di vista anatomico, ma nelle quali il piloro è fissato in alto. Allorquando il dislivello fra porzione *ima* dello stomaco e piloro è forte, si nota frequentemente una peristalsi esagerata, ciò che spiega bene le maggiori sofferenze del paziente in tali casi.

Le ricerche radiologiche da me istituite hanno offerto risultati costanti con varii generi di pasto opaco: pasto di Rieder, pasto americano, e, di recente, col Citobaryum Merck. Quest'ultimo preparato opaco si è dimostrato eccellente, sopratutto per la omogeneità dell'ombra che fornisce, per la sua rapida preparazione e per la eccellente tolleranza per parte degli infermi. Le ricerche di controllo eseguite nei varii infermi furono sempre fatte con pasti di prova identici, ad ore costanti e ad uguale distanza dall'ultimo pasto.

***

L'esame radiologico sistematico della evacuazione gastrica nelle diverse posizioni del corpo mi ha condotto alle seguenti conclusioni in individui affetti da gastroptosi:

a) Lo svuotamento dello stomaco avviene molto più prontamente in posizione orizzontale che nella stazione eretta.

b) Non vi è differenza apprezzabile, per quanto riguarda il tempo di svuotamento dello stomaco, fra la posizione in piedi e quella a sedere.

c) Nel decubito laterale destro la evacuazione gastrica avviene di solito più rapidamente che nella posizione supina o bocconi e quasi sempre più rapidamente che nel decubito laterale sinistro.

d) Nella posizione di Trendelenburg la evacuazione gastrica è più sollecita che nella posizione supina su un piano orizzontale.

e) Lo svuotamento dello stomaco avviene in generale tanto più lentamente quanto maggior quantità di liquido (acqua) si dà a bere al paziente contemporaneamente o dopo l'ingestione del pasto di prova. L'introduzione di liquido supplementare determina un ulteriore abbassamento del margine inferiore dell'ombra, il quale, in generale, si abbassa proporzionalmente alla quantità di pasto opaco somministrato.

f) La durata della evacuazione gastrica è, di solito, tanto più lunga quanto maggiore è il dislivello fra il margine inferiore dell'antro pilorico ed il piloro.

g) Mediante l'applicazione di un adatto apparecchio contentivo, che sollevi il margine inferiore dello stomaco, lo svuotamento gastrico avviene, in generale, tanto più rapidamente quanto maggiore è l'elevazione che si riesce ad ottenere.

***

Partendo da tali osservazioni, ho ideato un metodo di *terapia* che ha recato, nella quasi totalità dei casi non complicati da lesioni concomitanti, vantaggi tanto più notevoli, in quanto essi possono essere considerati come duraturi persino parecchi anni dopo la cura, come risulta dal controllo delle prime osservazioni eseguite nel 1913. I concetti informativi di tale metodo sono i seguenti:

1° Favorire, quanto più è possibile, l'innalzamento dello stomaco, dando al malato una posizione acconcia a raggiungere tale scopo.

2° Favorire quanto più è possibile l'adipogenesi, sia colla iperalimentazione, sia con cure digestive e ricostituenti.

3° Rendere stabili i vantaggi raggiunti, mantenendo in alto lo stomaco nella nuova posizione che esso ha raggiunto mediante l'uso di un apposito apparecchio contentivo.

Il primo scopo, quello di favorire quasi meccanicamente il sollevamento dello stimaco, si raggiunge nel miglior modo ponendo il malato, presso a poco in posizione di Trendelenburg, in un letto piuttosto duro e liscio incli-

nato in modo che dalla parte dei piedi esso sia sopraelevato di circa 40 cm. rispetto al lato su cui poggia la testa. Ciò può ottenersi preferibilmente interponendo fra il fusto e la rete metallica un semplice telaio di legno, che viene fissato alla parte inferiore del letto, od anche ponendo sotto i piedi inferiori del letto due supporti adatti, di circa 40 cm. di altezza. Il paziente può benissimo tenere sotto il capo un cuscino, sul quale però non debbono poggiare le spalle per non diminuire la inclinazione del piano del letto. Naturalmente è da proibirsi all'infermo di scendere dal letto o di mettersi a sedere: converrà quindi, nei frequenti casi di stipsi, aiutare lo svuotamento dell'intestino mediante clisteri stimolanti ed in caso di necessità con purganti, e che l'infermo si serva sempre della padella per le occorrenze corporali: nei casi di assoluta necessità prima di far discendere l'ammalato si dovrà sempre applicargli la ventriera contentiva. Ciò non esclude tuttavia che l'infermo, pur rimanendo nella posizione inclinata descritta, possa distrarsi, sia leggendo, sia dedicandosi a piccole occupazioni che gli permettano di sopportare meglio e più volentieri la cura, che nei primi giorni riesce alquanto fastidiosa

Partendo dal concetto che nel decubito laterale destro il tempo di evacuazione gastrica, a parità di cibi, è più breve che in qualsiasi altra posizione, è strettamente necessario che dopo ciascun pasto l'infermo si corichi sul fianco destro: ciò, rendendo l'infermo capace di digerire maggiori quantità di cibi, favorisce quell'ingrassamento del corpo che renderà poi stabili e progressivi i vantaggi ottenuti durante il soggiorno in letto.

I pasti sono ordinariamente 5 nelle 24 ore: quattro durante il giorno (uno ogni circa 4 ore) ed uno nella nottata.

Essendo della massima importanza favorire l'adipogenesi, si somministreranno cibi adatti a raggiungere tale scopo: nella dieta entreranno quindi in considerevole quantità i grassi a basso punto di fusione (pane spalmato di burro, panna, olio in abbondanza sulle verdure cotte) e gli idrati di carbonio, tanto sotto forma di amidacei quanto sotto forma di zucchero, ed anche qualche poco di vino generoso. Saranno naturalmente da preferirsi i farinacei talliti, come crosta di pane, grissini, biscotti, ecc.

Quanto alla quantità dei cibi somministrati, essa dovrà essere proporzionata alla capacità digerente del soggetto, che potrà anche venire utilmente coadiuvata e stimolata mediante la somministrazione di pepsine titolate, pancreatina ed in casi di dispepsia flatulenta di Takadiastase. È bene proibire all'infermo di sbocconcellare fra un pasto e l'altro dolci ed altre leccornie.

Un esempio di dieta che permette la somministrazione d'un elevato numero di calorie ed una certa varietà dei cibi è il seguente:

Ore 8 e ore 16. — Caffè e latte o cioccolata con panna o burro, pane abbrustolito o grissini o biscotti, miele o conserva di frutta.

Ore 12 e ore 20. — Riso o pasta asciutta con burro e formaggio o riso al latte o risotto o minestra poco brodosa con erbaggi; carne o pesce o pollo allesso o arrosto o in graticola o uova; patate in insalata o *purées* di legumi, pane o grissini, frutta cotta, dolci, un bicchier di vino.

Durante la notte. — Crema e biscotti o zabajone o caffè e latte o uova.

È raccomandabile far bere agli infermi quanto meno liquido è possibile, ciò che contrasta colla sete spesso inestinguibile agli ptosici. Di solito la sete diminuisce assai durante il soggiorno in letto; tuttavia, in qualche caso è utile far bere con una cannuccia di vetro o di paglia, il che permette al malato di dissetarsi con minori quantità di liquido.

È ovvio che non si debba trascurare l'ausilio di cure adatte da un lato ad aumentare il senso, di solito assai scarso, dell'appetito (amari, papania, orexina, ecc.), a favorire la capacità digerente dello stomaco e delle glandole annesse (pepsine titolate, pancreatina, Takadiastase), a favorire l'adipogenesi (fosforo, arsenico), il tono nervoso e muscolare (stricnina, caffeina, kola, formiati, ecc.) ed occorrendo la emopoiesi (ferro). Le cure, quando è possibile, verranno fatte preferibilmente per via ipodermica, sia per la prontezza dei risultati, sia per evitare inutile lavoro allo stomaco.

Terminato il periodo della cura in letto, che si aggira, di solito, intorno alle 4 o 6 settimane, l'infermo sarà fatto alzare dal letto, previa applicazione di idonea ventriera (1), colle dovute cautele.

---

(1) La ventriera da me costruita consiste in un doppio cingolo pelvico, che viene tenuto in basso dalle spine iliache ant. superiori e da due sottocoscie di tessuto elastico. Al primo giro di fascia, elastico nella sola porzione corrispondente ai fianchi e portante anteriormente una piastra metallica, è applicato un cuscinetto speciale, con gli apici rivolti in alto, destinato a sostenere la porzione ima dello stomaco. Tale cuscinetto, di grandezza variabile a seconda dei casi, viene fissato mediante viti alla piastra metallica nella posizione più adatta e sotto il controllo dei raggi X. Il secondo giro di fascia serve di rinforzo al primo; è anch'esso in parte elastico ed applicato quanto più in basso è possibile rispetto al primo, trattenutovi da un apposito gancio posto al di sotto della piastra metallica.

***

I risultati ottenuti col metodo di cura testè riferito sono in molti casi superiori a qualsiasi aspettazione. Senza riferire le *storie cliniche*, che potranno trovare più adatta sede in un lavoro di carattere monografico, basti ricordare che, oltre ad infermi cresciuti di peso di kg. 8.800 in 42 giorni di letto e persino kg. 10.600 in 40 giorni di letto e 35 di convalescenza, sono frequentissimi i casi di aumento di oltre 5 kg. durante il solo periodo di soggiorno in letto. Tale ingrassamento, di solito, si continua nel periodo successivo alla cura e la guarigione si mantiene, nel massimo numero dei casi, duratura o definitiva.

IGIENE.

Per una più intensa vaccinazione jenneriana delle popolazioni rurali

per il dott. M. GIOSEFFI.

L'anno 1919 è stato fatale per la diffusione del vaiuolo, dovuta precipuamente al ritorno di prigionieri dai paesi nemici infetti. Nei centri urbani, mercè le pronte misure precauzionali (isolamento, disinfezione, vaccinazione su larga scala) prontamente prese, il virus vaioloso trova in prevalenza soggetti refrattarî all'infezione; vi contribuiscono le vaccinazioni subite durante il periodo scolastico, nell'occasione di ammissioni a pubblici impieghi, negli opifici industriali e (nelle città marinare) prima degli imbarchi. Non così protette troviamo le nostre popolazioni rurali: se anche la prima vaccinazione, quella di tutti i bambini nati nell'anno solare, può ritenersi, per il numero dei lattanti che vengono portati ai turni di vaccinazione, soddisfacente, non così può dirsi per la rivaccinazione nell'epoca scolastica, perchè buona parte degli scolari obbligati a frequentare la scuola la disertano per varie ragioni più o meno giustificate; così pure per quella negligenza e indolenza proprie di popolazioni che si trovano in uno stadio primitivo di coltura: molti ragazzi e ragazze sfuggono dunque alla rivaccinazione. I maschi arrivati all'epoca in cui prestano servizio militare, vengono rivaccinati; ma gli inabili che rimangono a casa e tutte le donne dedite ai lavori campestri, all'economia domestica agraria e rurale, non sottostanno più ad alcuna rivaccinazione obbligatoria.

La necessità di escogitare un mezzo pratico per ottenere una più intensa vaccinazione delle popolazioni rurali mi viene dall'osservazione di una piccola epidemia che si svolse durante il 1919 nel nostro circondario. Tra altri casi in località disperse, si notarono in un solo villaggio di circa 200 abitanti 25 casi di vaiolo. Il primo caso era stato importato da un prigioniero affetto da forma leggera, ambulante, reduce da Odessa: egli era già guarito, quando ammalavano, il 30 novembre, la moglie e successivamente altre 23 persone: 16 femmine e 7 maschi. Delle prime 8 erano tra i 30 e 50 anni, 4 sotto i 30 anni, 4 fra 6 e 10 anni; dei maschi 2 erano sopra i 70 anni, gli altri contavano 47, 7, 34 e 21 anni. Nessuno dei colpiti era rivaccinato. Morirono i due vecchi, una ragazza di 28 anni, un bambino di 5 anni. In una sola casa si ebbero 4 malati; in tre case 3; in tre case 2; in cinque case 1 solo malato per ciascuna.

I due primi casi risalivano al novembre, 3 si notarono nel dicembre, 17 nel gennaio, 1 nel febbraio. Risultano così colpiti le donne e i non rivaccinati.

Penso perciò che nella nostra legislazione sanitaria riguardo alla rivaccinazione, dopo le esperienze analoghe raccolte in questi anni anche altrove, si potrebbe introdurre una disposizione relativa alla obbligatorietà della rivaccinazione, in modo che non si possa sottrarre neanche buona parte della popolazione agricola, in particolar modo le donne, le quali danno il maggior contributo di persone suscettibili all'infezione, ed i ragazzi d'ambo i sessi, che per una ragione o l'altra non frequentano la scuola.

Avanziamo qualche proposta pratica in occasione del matrimonio, se non vogliamo ancora spingere i postulati igienico-sociali fino alla presentazione del certificato medico prematrimoniale, potremo imporre, per legge, la presentazione di un certificato di rivaccinazione subita, qualora questa non sia stata eseguita con successo negli ultimi sei anni. Il quoziente di nuzialità nelle nostre campagne è abbastanza elevato e buona parte della popolazione agricola, anche femminile, verrebbe così ad essere rivaccinata.

Date le consuetudini religiose nelle nostre campagne, si potrebbe far chiedere da parte dei parroci la presentazione di un certificato di rivaccinazione da parte dei ragazzi e delle ragazze che chiedono di essere ammessi alla frequentazione della chiesa ed alle pratiche religiose. Così non sfuggirebbero alla rivaccinazione neppure i bambini che disertano la scuola.

Negli ospedali potrebbe essere proibito, salvo casi urgenti, l'accoglimento di malati non vac-

cinati durante gli ultimi sei anni; e così pure l'accesso ai parenti non forniti di certificati di rivaccinazione, che volessero visitare i loro congiunti.

In tale guisa potremo ottenere una buona rivaccinazione anche della massima parte delle nostre popolazioni rurali.

Quando con l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, estesa anche alle classi agricole, noi avremo sotto mano questa parte della nostra popolazione, si potrà richiedere la rivaccinazione obbligatoria al momento dell'iscrizione alla cassa ammalati, all'atto della consegna del libretto di lavoro, ecc. Se malauguratamente un giorno il virus vaioloso verrà importato in una borgata rurale, questa troverà la popolazione immunizzata o quasi e se anche l'infezione attecchirà in qualche soggetto, la catena delle infezioni verrà rapidamente spezzata con i consueti mezzi di profilassi, l'isolamento, le disinfezioni, le rivaccinazioni di necessità.

***

Nell'occasione della comparsa del vaiolo anche in Istria, il Commissariato Generale aveva disposto per una rivaccinazione generale di tutta la popolazione. In questa occasione ho preso a studiare più accuratamnte i risultati della rivaccinazione in una scuola primaria ed in un gruppo di impiegati, atteso che da queste due categorie di individui era possibile avere esatte indicazioni sulle vaccinazioni precedentemente subite e sui risultati ottenuti.

Ne riporto qui i risultati principali avuti negli scolari:

			Nel 1919 diedero risultato positivo	negativo
Mai precedentemente vaccinati	negli ultimi due anni	30	26 = 86,6%	4 = 13,3%
Vaccinati con risultato *positivo*	negli ultimi due anni	125	107 = 83.5%	18 = 14,4%
Vaccinati con risultato *negativo*	negli ultimi due anni	189	145 = 76,7%	44 = 23,2%
Vaccinati con risultato *positivo*	in un periodo precedente ai due ultimi anni	9	9 = 100,%	—
Vaccinati con risultato *negativo*	in un periodo precedente ai due ultimi anni	9	9 = 100,%	—

Dei 66 scolari che avevano dato risultato negativo furono rivaccinati alla revisione dopo 8 giorni 58; di questi reagirono positivamente alla rivaccinazione 15, fra i quali 4 che erano stati già vaccinati con esito positivo negli ultimi due anni, mentre 11 erano stati prima vaccinati sempre con esito negativo.

I rimanenti 43 scolari rivaccinati con esito negativo alla prima revisione dopo 8 giorni, furono di nuovo sottoposti ad una seconda rivaccinazione nella occasione della 2ª revisione ed anche questa volta 40 avevano dato risultato negativo e soli tre un risultato positivo. Degli accennati 40, 33 erano stati sempre vaccinati con esito negativo anche gli anni precedenti, mentre soli 10 erano quelli che avevano reagito positivamente gli ultimi due anni.

Le rivaccinazioni negative hanno dato sempre ancora una cifra troppo elevata, meno elevata però per quegli allievi i quali negli ultimi due anni erano stati vaccinati con successo, che per quelli vaccinati con esito negativo. Notevole il fatto che quegli scolari la cui vaccinazione risaliva ad un periodo precedente ai due ultimi anni, diedero una percentuale del 100 %, fatto questo che mi sembra potere invocare per spiegare i risultati ottenuti non già con una tecnica ora più ora meno accurata, che non piuttosto con una condizione immunitaria inerente all'organismo stesso degli allievi, tanto più che ben l'85.5 % degli scolari vaccinati con risultato positivo nel 1917-1918 avevano dato una reazione positiva anche nel 1919.

Per aver un confronto con gli adulti ricorsi alla rivaccinazione di 29 impiegati negli uffici, i quali ad una prima vaccinazione avevano dato risultato negativo. Di questi 29 reagirono alla rivaccinazione dopo otto giorni positivamente 16, negativamente 13; questi ultimi erano stati vaccinati anche in precedenza, durante il servizio militare sempre con esito negativo.

Conveniva cercare di darsi ragione del perchè delle differenze notevoli osservate nella popolazione scolastica tra i risultati ottenuti nel 1919 e quelli avuti negli anni precedenti in proporzione così elevata con esito negativo. (189 negativi di fronte a 125 positivi).

Osserverò anzitutto che la vaccinazione, rispettivamente la rivaccinazione, si svolgeva nel 1919 durante i mesi invernali; i turni obbligatorî di prescrizione cadono di solito nell'estate, che nei nostri climi subtropicali è talvolta precoce, poichè già nel maggio e nel giugno abbiamo temperature quasi canicolari.

Noi sappiamo infatti che il calore estivo esercita una influenza dannosa sulla produzione della linfa animale. Gli innesti sugli animali non riescono uiformi, le pustole tendono a formare la crosta e danno una linfa di virulenza incostante che rapidamente si attenua, donde gli insuccessi. Anche la clicerina (1) altera il

(1) Specialmente quella non pura, qualche volta acida o contenente acroleina che veniva fornita durante la guerra.

virus vaccinico specialmente se conservato a temperatura elevata. La linfa glicerinata tenuta nel termostato per 24-48 ore a temperatura di 37° diventa inefficace. Nelle regioni tropicali la produzione di linfa animale quasi impossibile. L'Istituto vaccinogeno di Vienna in condizioni normali sospendeva per queste ragioni la produzione del vaccino durante l'estate. Il pus estivo non si mantiene bene, sopporta anche male i trasporti con la posta, la linfa deve essere subito utilizzata. Non ostante queste difficoltà le condizioni belliche avevano richiesto all'Istituto vaccinogeno una produzione continua senza interruzione (1). Ora dei calori intensi e prolungati del 1917 se ne risentì anche la linfa prodotta in quell'estate nei mesi di luglio ed agosto. Da qui la notevole differenza tra i risultati ottenuti nel 1919 e gli insuccessi nel 1917-1918.

***

Conclusione.

Ad intensificare la vaccinazione jenneriana presso le popolazioni rurali converrebbe introdurre l'obbligatorietà della presentazione del certificato di rivaccinazione per il matrimonio e per l'ammissione alle pratiche religiose e stabilire i turni di vaccinazione (e rivaccinazione) generale nei mesi primaverili o preprimaverili.

Parenzo (Istria).

---

(1) Dalla relazione Meder « sull'attività degli istituti vaccinogeni tedeschi durante la guerra » tenuta al Congresso dei direttori degli Istituti vaccinogeni tedeschi (Monaco di Baviera, 5-6 settembre 1918), rileviamo che il solo Istituto viennese fornì durante la guerra 35,574,645 dosi di linfa vaccinica.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sul valore delle reazioni tubercoliniche per la prognosi ed il giudizio di stato delle lesioni tubercolari.

Sotto questo titolo Arnaldo Cantani pubblica in *Studium* (20 agosto 1920) un articolo esponente i risultati di 4422 osservazioni intraprese con lo scopo di vedere se effettivamente e fino a qual punto ci si possa avvalere delle reazioni tubercoliniche per il giudizio prognostico e di stato delle lesioni tubercolari.

Il vasto materiale di esame si è offerto all'A. durante il servizio di Direttore del Centro di Accertamento per la tubercolosi del X Corpo d'Armata nei 2 anni in cui esso ha funzionato presso la I Clinica Medica di Napoli.

Il risultato e l'andamento delle reazioni sono stati sempre confortati da uno studio clinico completo del malato e da tutti i possibili mezzi d'indagine: sopratutto quello della ricerca radiologica.

In questa completezza di ricerche e nel numero rilevante della casistica sta l'interesse dei lavori del Cantani.

Le moderne ricerche sulle reazioni tubercoliniche, essendo diminuita l'importanza pratica di queste a scopo diagnostico, hanno mirato al fine assai più importante, da un certo punto di vista, di determinare *l'attività* dei focolai tubercolari e la capacità di questi, quando siano ancora latenti, a dare « *la malattia* ». Si pensò che la risposta potesse esser data dai vari metodi di reazioni usati (cuti, intradermo, oftalmoreazione) essendo l'uno più adatto dell'altro a rivelare focolai in stadi diversi; ma questa speranza è stata vana; non migliore fortuna si è avuto con l'uso di diluizioni di diverse tubercoline, o con il criterio della ripetizione a breve intervallo della reazione.

Vari AA. si son valsi della diversa rapidità con cui si suole verificare nei diversi casi la reazione per emettere un giudizio sullo stato della lesione. Così secondo Müller una reazione rapida starebbe ad indicare una infezione recente; una reazione lenta, una infezione antica, più torpida. A queste reazioni tardive Wolff-Eisner assegna un significato pronostico importantissimo e nettamente favorevole.

Agli stessi scopi è stato utilizzato il criterio della intensità della reazione. I dati di osservazione non sono però a questo riguardo molto numerosi. Gli AA. in genere dimostrano una tendenza a pronosticare faustamente in seguito ad una reazione intensa, espressione di una

attiva difesa dell'organismo contro l'infezione; sfavorevolmente in seguito a reazioni negative o leggere.

Mac Werney si esprime al riguardo dicendo che la intensità di reazione è proporzionalmente inversa all'intensità del processo tubercolare.

Ma è un fatto che la cutireazione può esser negativa o quasi in individui *malati di tubercolosi ed in via di guarigione o già guariti*, il che comporta una prognosi fausta. È un fatto anche che la cutireazione può essere negativa in malati gravi di tubercolosi: la prognosi in questi casi è quasi sempre letale. Contrariamente, dunque, a quanto Höllensen sosteneva, la cutireazione negativa non significa che in individui clinicamente sani al momento dell'esame mai si è avuta infezione specifica. Stando così le cose le ricerche sistematiche intraprese dal Cantani suscitano un interesse grande. Egli si è servito della cutireazione fatta con tubercolina non diluita e di un controllo senza tubercolina; distingue 4 gradi di intensità di reazione (negativa, leggera, chiara, intensa): i risultati sono stati segnati dopo 48 h. se positivi, dopo 3 e più giorni se negativi; in speciale considerazione sono stati tenuti qualche lieve spostamento febbrile, qualche ingorgo delle ghiandole ascellari, delle lievi irritazioni dei linfatici del braccio, di un eventuale risveglio dei fatti obiettivi. I dati raccolti riguardano solo i tubercolotici chiusi.

Dalle statistiche presentate dall'A. un primo fatto importante che scaturisce è che circa il 49 % degli individui dichiarati *non tubercolosi* (escludendo i latenti, inattivi, iniziali) ha avuto reazione negativa: il che indica come nelle contrade del Napoletano la tubercolosi è diffusa assai meno che in altre regioni. Nei militari dichiarati *sospetti* (comprendendovi i latenti, inattivi, iniziali) le reazioni furono positive in circa l'85.77 %: le negative, è da notarsi, si ebbero in individui oligoemici, cachettici per altre affezioni o « già tubercolotici e guariti » al momento dell'osservazione e dichiarati sospetti ai fini dell'accertamento militare, per scrupolo maggiore.

Se così da questi casi sospetti si eliminano alcuni casi da includere più giustamente in una categoria a parte, in quella dei latenti inattivi iniziali (411 casi tutti positivi), sottraendo cioè i casi più dubbi e riducendo nel concetto di sospetti quello di « realmente malati » (*reliquati attivi; attivi iniziali*) la percentuale dei positivi sale alla totalità o quasi. Nei *reliquati in fase di guarigione* (compresi nella statistica dei sospetti) le reazioni negative ammontano all'88.48 %.

Risulta, dunque, dai dati statistici dell'A. un accordo armonico tra lo stato della infezione o della malattia ed il risultato della reazione tubercolinica la quale è positiva quasi sempre nei tubercolotici con reliquati attivi e sugli iniziali attivi; positiva è ancora negli iniziali inattivi; negativa nei reliquati di tubercolosi in fase di guarigione.

L'A. ha cercato inoltre di vedere se elementi ancora più precisi si potessero dedurre dallo studio della intensità di reazione. Su 3255 cutireazioni positive si è avuto un numero prevalente di reazioni leggere (58.37 %) ed un numero assai scarso di marcate (4.80 %). Nei dichiarati non tubercolotici le reazioni leggere sono state del 66.58 %; le medie del 32.11 %; le marcate dell'1.30 %; nelle forme attive iniziali le reazioni leggere si son riscontrate nel 13.92 % e le medie e marcate nell'82.84 %; nei reliquati inattivi (*inattivi clinicamente*) le reazioni leggere raggiungono il 90.22 % e le medie il 9.77 % mentre di reazioni marcate non ve n'è nessuna; nei reliquati in fase di guarigione le leggermente positive sono appena all'11.51 % e prevalgono in modo netto le negative (88.48 %). Il che significa che le reazioni negative e leggermente positive sono esponente rispettivamente di tubercolosi guarite o in via di guarire; le reazioni chiaramente o marcatamente positive sono indice della inizialità ed attività del processo.

La spiegazione del graduale affievolirsi della reazione tubercolinica fino alla completa scomparsa a mano a mano che il tubercolotico entra nella fase di cronicità e si avvia alla guarigione definitiva va ricercata nella quantità minore o maggiore di anticorpi circolanti nel sangue dei malati e del vario modo di reazione di questi verso la tubercolina; la mancanza o l'affievolimento della reazione sarebbe da attribuirsi alla presenza di una notevole quantità di anticorpi (tubercolosi torpide, in fase regressiva, ecc.); nelle forme iniziali, invece, e nelle floride in cui l'organismo non ha ancora reagito con le difese, la reazione risulterebbe positiva.

L'inondazione di veleni tubercolari nelle fasi finali delle tubercolosi gravi, la mancanza di anticorpi nell'organismo incapace di reagire, sono tali che nessuno stimolo più è capace di produrre la piccola quantità di tubercolina introdotta. È da spiegarsi così l'apparente contraddizione tra quello che avviene nel tubercolotico all'inizio e quello alla fine. Nei casi iniziali, gli anticorpi capaci di neutralizzare la tubercolina, sono in minor numero e la reazione risulta spiccata; nei processi torpidi le reazioni sono più leggere perchè maggiore è il numero di anticorpi; sono negative per la stessa ragione nelle forme di guarigione: nei casi molto avanzati si può avere la mancanza di reazione per impossibilità ormai acquisita dall'organismo di reagire.

D. M.

NEUROLOGIA.

Il simpatico ed il sistema nervoso centrale nelle psiconeurosi.

(D. ORR. *Edinburgh Medical Journal*, ottobre 1920).

Il sistema nervoso centrale ed il sistema nervoso vegetativo hanno fra loro relazioni funzionali reciproche: i due sistemi costituiscono un'unità fisiologica per modo che i disturbi dell'uno si ripercuotono sull'altro. Questa interdipendenza è stata chiaramente messa in evidenza dalle psiconeurosi di guerra, la cui sintomatologia clinica è primitivamente la conseguenza di fatti emotivi, che sono accompagnati o sono l'espressione di disturbi di varie parti del sistema endocrino-simpatico, disturbi che sono in molti casi persistenti e tendono a mantenere o ad aggravare le deviazioni del meccanismo mentale.

Questa concezione appare più chiara alla luce delle nostre attuali conoscenze sulla fisiologia del sistema endocrino-simpatico e delle sue relazioni col sistema nervoso centrale.

Il sistema nervoso simpatico consiste di due parti che sono fisiologicamente antagoniste. L'una, il vero simpatico, è costituita dai gangli vertebrali ed intra- ed extraviscerali con nervi comunicanti con i centri midollari; l'altra, nota come sistema autonomo, ha due origini, cefalica e sacrale, e le sue fibre raggiungono la loro destinazione attraverso il 3°, 7°, 9° e 10° nervo cranico, ed il 1°, 2° e 3° nervo sacrale. La funzione di questo sistema nervoso involontario è quella di regolare le funzioni organiche e nutritive e di mantenere l'equilibrio fra le funzioni dei vari organi ai quali si distribuisce. La funzione antagonista delle due parti normalmente raggiunge l'equilibrio.

Ambedue sono in strette relazioni anatomiche con le glandule endocrine di cui regolano l'attività, e d'altra parte la secrezione di queste ha una influenza elettiva su le due porzioni del sistema nervoso involontario. Ad es., l'adrenalina eccita il sistema simpatico, l'ipofisina i nervi pelvici derivanti dai primi tre nervi sacrali; la tiroidina accelera il ritmo cardiaco.

Oltre a ciò, anche nel sistema glandulare endocrino esistono correlazioni speciali e complesse di sinergia o di antagonismo, così che per il perfetto equilibrio dei sistemi simpatico ed autonomo è necessaria una perfetta armonia delle relazioni intraglandulari. La prevalenza o la deficienza di una glandola, costituzionale o acquisita, turba tutto il sistema ed è il punto di partenza di uno squilibrio organico e mentale.

Il sistema nervoso vegetativo, involontario o simpatico, regola lo sviluppo e l'equilibrio nutritivo. Questa azione trofica si esplica a mezzo di un meccanismo riflesso, il cui arco nella prima porzione è formato dalle fibre sensitive della pelle, delle mucose, delle sierose, dei varî visceri e tessuti della vita vegetativa, ed il suo più importante centro trofico è sito nei gangli spinali. Ma oltre a questa funzione di conduzione dei riflessi, le vie sensitive hanno quella di trasmettere al sistema nervoso centrale quelle impressioni subcoscienti che controllano il ritmo della vita vegetativa e che possono diventare coscienti raggiungendo in certi stati patologici i più alti centri. Quando le vie sensitive diventano più pervie, e gli stimoli, benchè normali, passano più facilmente o in più grande quantità, o quando gli stimoli siano di particolari intensità, allora si stabiliscono intime relazioni tra gli organi e la corteccia cerebrale. Quando poi gli stimoli provenienti dagli organi della vita vegetativa raggiungono la coscienza come sensazioni corporee, tendenze o istinti, hanno una parte molto importante nella formazione della psiche. D'altra parte, è ben noto che le alterazioni psichiche possono esercitare una grande influenza sull'attività del sistema vegetativo.

È probabile perciò che non solo nei bassi centri, ma anche nella corteccia stessa vi siano fibre simpatiche centripete e centrifughe. Quelle centripete conducendo gli impulsi della vita vegetativa determinano quel complesso di sensazioni noto sotto il nome di cinestesia, una sensazione incosciente, ma fra le più importanti per l'organismo; mentre quelle centrifughe completerebbero il circuito per il mantenimento del ritmo nutritivo. Tanto ciò è vero, che quando il sistema simpatico è sperimentalmente staccato dal sistema nervoso centrale, esso agisce ancora, ma la sua azione è meno energica; in altri termini, l'equilibrio della vita è più labile.

Si deve però notare che la volontà e la coscienza normalmente non hanno alcuna influenza sul sistema vegetativo, nè su gli organi che esso controlla, e che la soglia della coscienza non è normalmente varcata dagli stimoli provenienti dagli organi stessi. Tuttavia la corteccia cerebrale può in condizioni straordinarie trasmettere impulsi agli organi e diventare ipersensibile alle modificazioni verificantisi in essi. Per esempio, durante l'ipnosi si possono provocare modificazioni in certe funzioni della vita: variazioni del polso e

variazioni nella secrezione delle lagrime, del sudore, del latte e dell'urina.

Tali fatti dimostrano l'esistenza di relazioni centrifughe e centripete tra la vita psichica e vegetativa, le quali possono assumere un grande significato in condizioni patologiche. Queste relazioni trovano un'esemplificazione nelle emozioni, che hanno la loro espressione fisica in reazioni del sistema vegetativo a stimoli psichici. In seguito ad emozioni si possono avere modificazioni del ritmo cardiaco ed anche fatti di maggiore importanza, come modificazioni della secrezione gastrica, e quel che più importa disfunzioni delle glandole endocrine. È ben noto che in seguito ad un eccitamento psichico si ha aumento della secrezione dell'adrenalina, la quale ha una specifica azione eccitante sul simpatico, la cui stimolazione eccita le glandule surrenali: si stabilisce così un circolo vizioso tra l'azione nervosa e glandulare, le cui relazioni sono così strette che fisiologicamente possono considerarsi come unica azione. Alla luce delle moderne ricerche lo stimolo psichico con il suo contenuto emotivo forma il punto di partenza del fenomeno, e dalle modificazioni del sistema endocrino-simpatico derivano fatti che agiscono sulla nutrizione generale dell'organismo ed inducono tali alterazioni nel sistema nervoso centrale da facilitare le deviazioni del meccanismo mentale e tendere alla produzione ed al mantenimento di azioni neuroniche patologiche. Se l'adrenalina reagisce sul simpatico eccitandolo alla produzione di altra adrenalina in modo da produrre un circolo vizioso nel livello basso del sistema, si deve ammettere che una analoga ripercussione da alterazione della funzione endocrina si possa stabilire sui neuroni di più alto livello, sulla corteccia cerebrale. Si comprenderà quindi come fattori psico-emotivi in condizioni patologiche e specialmente in quelle nelle quali sono già presenti disfunzioni endocrine, possano produrre profonde reazioni vegetative.

È solo recentemente che sono stati presi in considerazione gli effetti delle anomalie costituzionali e acquisite del sistema simpatico-endocrino sul sistema nervoso centrale, e viceversa, benchè la importanza del fatto sia stata messa in evidenza dal De Giovanni una cinquantina di anni fa. Gli studî sulla patologia del sistema simpatico hanno rivelato alcuni fatti molto interessanti, e tra questi uno molto importante per la etiologia di malattie mentali, che, cioè, il sistema endocrino-simpatico ha una gran parte nella formazione del temperamento individuale e quindi della reattività individuale ai fattori esterni che provocano disordini nell'organismo. Sia nei riguardi del sistema nervoso centrale, sia del vegetativo, i fattori dei disturbi sono i medesimi, esterni ed interni, ma questi ultimi predominano nel sistema simpatico. Nel senso etiologico il fattore interno può essere definito come un complesso di fattori comuni a speciali organismi, in virtù dei quali il sistema vegetativo di un dato individuo dimostra una speciale morbilità alle cause occasionali che hanno poco valore in un individuo che ha il sistema vegetativo integro. La esemplificazione di questo concetto è data dalle reazioni del simpatico con fenomeni vasomotorî e secretorî nel dolore, nella paura e nello *shock*. Rispettivamente al temperamento individuale si ha una gran varietà di sintomi, pallore, rossore, sudorazione in alcune parti del corpo, ittero dopo qualche ora, diminuzione dell'appetito, vomito, bradicardia, tachicardia, gozzo esoftalmico acuto, clorosi acuta, glicosuria transitoria e soppressione di urina. È chiaro che la diversità dei sintomi è in relazione alla anomalia generale o locale del sistema endocrino-simpatico, cioè ad una predisposizione, ad un difetto di reazione agli stimoli esterni. De Giovanni è andato ancora più in là, ed ha affermato che la diatesi nervosa individuale è sempre più o meno in rapporto ad anomalie di struttura del corpo, ad anomalie dello sviluppo muscolare, del grasso sottocutaneo, dello scheletro e dei visceri.

È degno di rimarco che le due parti del sistema nervoso vegetativo esercitano la loro massima funzione elettiva in differenti periodi dello sviluppo. Il simpatico provoca, eccita, accelera ed attiva; il vago o autonomo ritarda, deprime, inibisce. In altre parole, il primo favorisce la produzione e l'espansione di energia, mentre il secondo l'accumula e la conserva. Perciò lo sviluppo dipende dall'integrità funzionale del simpatico, mentre durante il periodo regressivo della vita prende il sopravvento il sistema autonomo. Tra questi due periodi di sviluppo e di involuzione c'è una lunga fase nella quale le attività dei due sistemi si bilanciano. È in questo periodo di equilibrio fisiologico che la prevalenza di uno dei due sistemi in tutto o in qualcuna delle sue parti provoca disturbi locali o costituzionali, di cui i più tipici sono la vagotonia e la simpaticotonia.

D'altra parte, dalla nascita fino alla estrema vecchiezza si verificano durante i vari periodi della vita processi evolutivi ed involutivi delle glandule endocrine. Ciascuna di queste ha uno speciale ciclo che è strettamente legato allo sviluppo fisiologico delle altre.

Il timo è bene sviluppato nel feto, si ingrossa nel bambino fino alla età di due anni, rimane quindi stazionario fino alla pubertà, epoca nella quale subisce una rapida involuzione. Il tessuto cromaffino parasimpatico, che è bene sviluppato nel feto e nel neonato, dopo il parto regredisce e nell'adulto è ridotto a pochi gruppi cellulari sparsi tra i plessi ed i gangli simpatici. La sostanza midollare delle surrenali raggiunge un alto grado di sviluppo dopo il parto, e la sua costituzione e la sua funzione sono differenti da quelle del tessuto cromaffino embrionale. La sostanza midollare delle surrenali, i follicoli glandulari delle ovaie, le glandule seminifere dei testicoli, la tiroide e l'epifisi raggiungono la loro massima attività funzionale durante la pubertà, quando i muscoli e gli arti si sviluppano. Così nella fanciullezza un gruppo di ormoni stimola i nervi autonomi che governano la vita di nutrizione, mentre nella pubertà un altro gruppo stimola lo sviluppo della vita di relazione. I primi sono ormoni secreti dall'ipofisi, dalla tiroide, dalla paratiroide, dal timo, dal pancreas, dal tessuto corticale delle surrenali e dalla glandula pineale, mentre gli altri sono secreti dalla sostanza midollare delle surrenali e dalle glandule surrenali, ed anche, per quanto di diversa natura, dalla stessa tiroide e dalla stessa ipofisi. Lo sviluppo armonico dei due sistemi organici, ossia della vita di nutrizione e di relazione, dipende dall'equilibrio e dalla ritmica azione dei due detti gruppi di ormoni nelle varie fasi della vita.

L'adolescenza e la pubertà sono i periodi nei quali i due gruppi svolgono la loro massima attività, e si spiega quindi come nei periodi stessi siano più evidenti i disturbi del sistema endocrino-simpatico, come la clorosi, il gozzo esoftalmico, il morbo di Addison, i disturbi ipofisarî.

Le cause principali delle affezioni simpatiche sono i traumi psichici, i patemi d'animo, le infezioni, le intossicazioni e più raramente i traumi fisici. Ma l'esperienza dimostra che l'agente più efficace è il trauma psichico. È di osservazione comune che dopo uno spavento o forti sofferenze morali si può avere lo sviluppo della clorosi, del morbo di Addison, dell'emicrania, delle neurosi renali, del diabete, del'iperidrosi, dell'*angina pectoris* e delle eruzioni angio-neurotiche. Se si ammette — e non c'è ragione per negarlo — che la corteccia cerebrale può esercitare un'azione eccitante o inibitoria sulla funzione del sistema vegetativo, appare ben chiaro il meccanismo di produzione delle neurosi. Quando si considerino le intime relazioni anatomiche e funzionali tra il sistema nervoso vegetativo e l'asse cerebro-spinale è impossibile concepire una sindrome simpatica senza la complicità morbosa del sistema nervoso centrale, e viceversa.

È ben noto che i disturbi psichici, l'astenia, l'atonia, la tetania ed altri processi morbosi sono costantemente accompagnati da disordini del sistema endocrino-simpatico, fatti i quali provano che quest'ultimo regola non solo la vita vegetativa, ma anche quella di relazione. E con tutta probabilità il trofismo del cervello e dell'apparato motore volontario è regolato da ormoni endocrini, i quali favoriscono o inibiscono gli scambi di sostanze che sono indispensabili per la loro normale funzione. Così i lipoidi della corteccia surrenale sono necessarî per la normale funzione del cervello; il calcio, il magnesio, il glicogeno, il cui ricambio è regolato dalle surrenali, dalla tiroide e dalle paratiroidi, sono necessarî per la funzione dei muscoli striati e dei loro centri. E si ritiene da molti che alcune affezioni muscolari (atrofia muscolare progressiva, miotonia, paralisi *agitans*) ed alcune forme di demenza siano determinate da disfunzioni endocrine.

I traumi psichici in riguardo al loro contenuto emotivo producono alterazioni del meccanismo endocrino-simpatico, le quali si ripercuotono sul sistema nervoso centrale con effetti immediati o a distanza. I fatti che più comunemente si verificano sono il tremore, la tachicardia, le modificazioni dei riflessi oculo-cardiaci ed altri fenomeni simpatici che persistono per lungo tempo dopo il trauma psichico determinante, e che si esagerano ad ogni nuova emozione anche lievissima. A questi disturbi funzionali pare corrispondano alterazioni anatomiche. Buscaino è riuscito a dimostrare alterazioni istologiche nel sistema nervoso, nelle glandule endocrine ed in altri organi di animali spaventati: le urine contengono zucchero, il potere ossidante del sangue è diminuito, l'affinità degli elementi nervosi per i colori di anilina è ridotta, la tiroide aumenta di volume, mentre si ha una grande varietà di alterazioni nel fegato, nelle surrenali e nel tessuto interstiziale dei testicoli e delle ovaie.

È più che probabile che un'emozione intensa induca delle modificazioni del sistema endocrino-simpatico, per modo che gli ormoni secreti si alterano qualitativamente e quantitativamente e producano gravi disturbi della circolazione del sistema nervoso centrale, con la conseguenza finale che sono mantenuti o aggravati gli originari perturbamenti psichici.

Pighini ha brillantemente dimostrato in casi di psiconeurosi di guerra l'influenza dei traumi psichici nella produzione di alterazioni endocrine-simpatiche, le quali a loro volta sono la causa dei disturbi mentali.

D'altra parte Buscaino ha fatto osservazioni molto inressanti in soldati con profondi disturbi del sistema vegetativo, i quali si accentuarono in seguito ad emozioni e frequentemente si associarono a disordini psichici. Una inchiesta sulla storia di questi pazienti svelò punti molto importanti. Essi erano individui a temperamento irritabile, facili alle reazioni, intolleranti della disciplina, dell'alcool e delle alte temperature; presentavano tremori, accenno al Romberg, dermografismo, ristringimento concentrico del campo visivo, riflessi faringeo e corneale deboli, patellare vivace, per lo più tachicardia, più raramente bradicardia, inversione del riflesso oculo-cardiaco.

Questi pazienti erano molto emotivi, passionali e violenti, con tendenza agli impulsi ed alle fobie. Tutta la sintomatologia denotava una intossicazione endocrina dimostrando che, nella instabilità costituzionale del senso cenestetico, il sistema vegetativo era profondamente disturbato durante una fase schirofrenica. Si tratta, insomma, di una disarmonia del sistema endocrino-simpatico che si estrinseca con un'alterazione della costituzione chimica degli ormoni o forse con un disturbo del loro correlativo equilibrio fisiologico, che si ripercuote sulla psiche del paziente e tende a mantenere lo stato morboso mentale che ha determinato l'intero treno di eventi e tiene concentrata tutta l'attività psichica sul tema originale, sul trauma psichico determinante.

dr.

CHIRURGIA.

Recenti progressi nella chirurgia del rene e dell'uretere.

(D. Eisendrath. *Med. Record*, 16 ottobre 1920).

Soltanto coloro che sono al corrente dei progressi dei metodi diagnostici e terapeutici impiegati in urologia, possono apprezzare i vasti cambiamenti che hanno avuto luogo negli ultimi dieci anni. Si sono conseguite tre specie di progressi: 1° nei metodi diagnostici; 2° nella tecnica operatoria e nell'applicazione dei metodi non operatori di cura; 3° nella più accurata interpretazione di certi sintomi clinici comuni, come la colica ureterale, la piuria e l'ématuria.

1° *Progressi dei metodi diagnostici.* — Sono sopratutto il risultato del perfezionamento della radiografia applicata alle vie urinarie, della chimica del sangue per la parte che riguarda l'urologo, e lo studio batteriologico delle infezioni renali.

Voelcker fu il primo a mostrare che certe soluzioni che danno un'ombra radiografica, quando vengono iniettate nella vescica, nell'uretere, e nel rene, possono fornire un'apprezzabile notizia delle modificazioni del lume di queste strutture. Il collargolo, impiegato dapprima iniettandolo con una siringa nella pelvi renale, fu subito scartato perchè se veniva spinto con troppa forza passava nella circolazione generale e cagionava la morte, ed ancora, se s'adoperava poca forza, veniva rapidamente assorbito dando origine a una pericolosa e spesso fatale tossiemia.

Il torio fu generalmente impiegato in sua sostituzione, ma il lavoro di Magoun ha mostrato che anch'esso è rapidamente assorbito e può rendersi fatale, come in un recente caso riportato da Weld. L'A. in seguito al risultato di questa esperienza, ha adottato una soluzione di bromuro di sodio al venti per cento, come il mezzo meno tossico per la pielografia, e la lascia scorrere nel catetere ureterale per la pressione della gravità.

Il pielogramma di un rene normale mostra, oltre la porzione ampollare, tre calici maggiori, il superiore, il medio e l'inferiore, da ciascuno dei quali ha origine un certo numero di calici minori.

Le variazioni dal pielogramma normale non sono difficili a discernere, cosicchè la pielografia è il più grande aiuto nella diagnosi di molte affezioni chirurgiche del rene. L'aumento di grandezza delle ombre con allargamento delle parti strette dei calici maggiori, e la dilatazione a clava dei calici minori ci fa riconoscere una dilatazione infiammatoria o meccanica (idronefrosi) della pelvi renale.

Nella tubercolosi renale l'apparenza erosa dei calici, o la presenza di ombre largamente sparse è molto caratteristica.

Sarebbe impossibile dire in dettaglio delle varie malattie la diagnosi delle quali è divenuta assai più facile da quando s'impiega la pielografia come un mezzo diagnostico di routine.

L'ureterografia, il catetere opaco, e l'applicazione stereoscopica dei raggi X hanno fatto diminuire la percentuale di errori nel differenziare le ombre vere (intraureterali) dalle false (estraureterali).

In un recente articolo l'A. ha chiamato l'attenzione sulla necessità di applicare tutti questi metodi come procedimenti più o meno di *routine*.

In un buon numero di casi che presentano il quadro clinico della calcolosi ureterale, la presenza di ombre multiple lungo il tragitto dell'uretere complica singolarmente il problema. In alcuni di questi casi imbarazzanti solo il catetere opaco, con o senza lastre stereoscopiche, rende possibile decidere quale ombra è dovuta a calcolo, e quali altre sono dovute a varie condizioni (fleboliti, linfoglandole calcificate, calcoli biliari, ecc.) che danno origine ad ombre estraureterali. In altri casi è necessaria l'ureterografia che rivela se vi è una dilatazione nodulare nel luogo del calcolo, o se vi è una dilatazione cilindrica a monte di esso.

Per riconoscere le varie anomalie congenite del rene e dell'uretere, la pielografia e l'ureterografia hanno reso servigi del più grande valore. La condizione conosciuta sotto il nome di distopia congenita del rene, che rappresenta una persistenza dell'originaria posizione embrionale del rene, per la presenza di un'ombra pielografica nella pelvi propriamente detta, o nella fossa iliaca, può esser sospettata.

Talora può esser della massima importanza il riconoscre un rene a ferro di cavallo, un rene fusato, o doppio, o solitario. Altrettanto dicasi della presenza, congenita o acquisita, di entrambi i reni sullo stesso lato. Ciò è possibile con la pielografia ed ureterografia, e dà modo di prestabilire il piano operatorio.

La radiografia da sola già basta a localizzare con sufficiente approssimazione un calcolo del rene, a dire cioè se sia nel bacinetto, in un calice, o nel parenchima. In casi che danno una storia tipica di calcolo delle alte vie urinarie, è spesso possibile rendere più intensa un'ombra debole o dubbia impregnando il calcolo con una soluzione opaca ai raggi X mercè il cateterismo ureterale.

Si ha una recidiva di calcoli renali dopo l'operazione nel 10-15 p. 100 dei casi: non si sanno sempre con precisione le cause di queste recidive, ma la fluoroscopia renale come fu recentemente proposta da Braasch e Carman (*J. of A. M. A.*, 6 dicembre 1919) può prevenire almeno le recidive dovute a calcoli sfuggiti all'osservazione.

Nella tubercolosi renale la radiografia da sola è di grande aiuto nella diagnosi quando è impossibile o dannoso il cateterismo degli ureteri. (V. *Surg. Gynec. and obst.*, giugno 1919, e *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, XXX, 268 del 1919).

2° *Progressi nella tecnica operatoria e nell'applicazione dei metodi non operatori.* — Di grande interesse sono lo studio delle anomalie dei vasi renali, e la quasi generale sostituzione della pielotomia alla nefrotomia.

La presenza di arterie o vene accessorie che vanno direttamente dall'aorta, dalla cava, o dai vasi iliaci al polo superiore o inferiore del rene, costringe l'operatore a mettere in evidenza con cura questi poli per evitare serie emorragie durante o dopo l'operazione.

La nefrotomia per asportazione di calcoli è seguita abbastanza spesso da emorragia secondaria, quindi viene usata sempre meno. La via di elezione è a traverso un'incisione nella faccia posteriore delle vene renali, dove il pericolo dell'emorragia è ridotto al minimo.

Il trattamento delle infezioni renali, di quelle sopratutto che interessano la pelvi, è stato molto semplificato dall'iniezione di antisettici direttamente nella pelvi attraverso il catetere ureterale. Con questo lavaggio pelvico si possono curare severe forme di pielite, che resistevano agli ordinari trattamenti.

Nello studio batteriologico delle alte vie urinarie, gli strisci del sedimento ottenuti con centrifughe ad alta potenza hanno quasi completamente soppiantato le culture e le inoculazioni negli animali.

I metodi non operatori di liberazione dei calcoli ureterali permettono spesso di evitare un'operazione, e vanno provati seriamente prima di decidersi per l'atto operativo.

3° *Più accurata interpretazione di certi comuni sintomi clinici.* — L'A. si ripromette di pubblicare prossimamente un lavoro su quest'argomento.

Richiama intanto l'attenzione sul fatto che nè l'ematuria, nè la piuria, nè le coliche ureterali devono ritenersi patognomoniche di alcuna affezione particolare del rene. Solo uno studio accurato di ogni caso può evitare di cadere in errori, qui più frequenti che in ogni altra regione del corpo.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

ABDERHALDEN E.: *Handbuch der biologichen Arbeitsmethoden Einfühzung* — Vienna, Urban und Schwarzenberg, 1910.

Con larga concezione della chimica biologica l'insigne fisiologo tedesco Abderhalden aveva diretto un'opera grandiosa in 8 volumi nei quali erano esposti ed illustrati nei loro fondamenti scientifici, nella loro tecnica e nelle loro applicazioni alle industrie, alle scienze pure e alla medicina tutti i metodi di biologia pertinenti al campo fisico e chimico.

Quest'opera, in 8 volumi prima della guerra, corse il mondo, invase i laboratorî più svariati e l'edizione si è esaurita.

Nel concepire una nuova edizione Abderhalden ha allargato ancora, e di molto, i confini dell'opera. Invece di dedicarla ai *metodi biochimici*, l'ha estesa ai *metodi biologici* includendovi tutti i più fini e i più delicati processi d'indagine cui la biologia esplora. I metodi per lo studio scientifico dell'eredità e dello sviluppo individuale nel campo botanico, zoologico e umano, i metodi d'indagine per le funzioni psichiche, quelli per l'esplorazione delle attività funzionali di tutti gli esseri viventi, per la terapia, ecc., vengono ad aggiungersi ai metodi strettamente fisici e chimici che sono adoperati nel campo della biologia.

L'opera è divisa in 13 sezioni densissime di materia. Ogni capitolo è affidato a persone competenti e specializzate. Essa sarà forse mastodontica, ma è certamente pensata con una visione sintetica organica e distribuita con criterio razionale.

Per agevolarne la diffusione, l'editore, che assume la responsabilità d'un'impresa vastissima e onerosa, accorda la possibilità dell'acquisto di parti singole separatamente. Non vi sarà quindi nel mondo istituto scientifico in cui l'opera non penetrerà; gioverà a diffondere e fino ad un certo punto a rendere uniformi i metodi di ricerca raggiungendo l'altissimo beneficio di diffondere la ricerca scientifica esatta e di rendere meglio comparabili i risultati dei diversi autori.

Noi segnaleremo le singole parti a mano a mano che ci perverranno, ma abbiamo voluto annunciare con qualche larghezza quest'opera grandiosa, cui mette mano nel suo primo dopo-guerra la metodologia scientifica e il coraggio editoriale tedeschi. A. V.

A. ASCOLI: *Elementi di serologia.* — Lic. Cappelli, editore, Bologna, 1920. — Lire 18.

La letteratura italiana si arricchisce col libro di A. Ascoli di un manuale, che contribuisce a redimere studenti e studiosi italiani da una servitù che sembrava pesare come un fardello fatale sulle spalle degli italiani. Poichè in questa 3ª edizione (2ª italiana) che vede la luce nello spazio di un decennio, gli elementi di serologia esposti dall'A. sono messi al corrente dei nuovi insegnamenti e spesso anche dei nuovi orientamenti che le ricerche serologiche vanno subendo.

Nozioni teoriche e pratica diretta serologica sono armonicamente sviluppate nella trattazione; non mancano ricordi di utili applicazioni mediche e veterinarie. La brevità non nuoce alla chiarezza; opportune tabelle e figure completano la parte didattica.

t. p.

La Casa Editrice Emanuel Marin, di Barcellona, ha pubblicato una traduzione in lingua spagnuola del *Trattato di Farmacologia e Terapia* del prof. Pio Marfori. La traduzione è stata curata dal dott. Francisco Tons Biaggi sulla 2ª edizione italiana; comprende anche alcune brevi aggiunte dell'A.

È ora annunziata una traduzione in lingua tedesca dello stesso trattato, a cura del prof. C. Bachem dell'Università di Bonn; verrà edita dal Tauchnitz di Lipsia.

Ci compiacciamo vivamente di questa magnifica affermazione di un lavoro italiano, del quale abbiamo già avuto occasione di rilevare i pregi intrinseci e di forma.

L. V.

A. MORSELLI: *Manuale di Psichiatria.* — Casa Editrice Libraria V. Idelson, Napoli. — Prezzo L. 30.

Accennammo ai pregi di questo libro qualche anno fa, a proposito della pubblicazione della prima edizione. Le aggiunte ed i ritocchi non hanno mutato sostanzialmente la tessitura del manuale, che, benchè di piccola mole, è completo ed armonico in ogni sua parte. Il volume fa onore alla psichiatria italiana, di cui il Morselli *junior* è uno dei più valenti campioni.

dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ALOI VINCENZO. *L'eterizzazione per via rettale. Studio critico e ricerche sperimentali.* — Napoli, 1920.

MONCALVI LODOVICO. *Encefaliti ed influenza.* — Milano, 1920.

MONCALVI LODOVICO. *Rapporti fra encefalite epidemica ed influenza.* — Milano, 1920.

DI GUGLIELMO GIOVANNI. *Eritroleucemia e piastrinemia.* — Napoli, 1920.

DI GUGLIELMO GIOVANNI. *Megacariociti e piastrina negli organi emopoietici e nel sangue circolante.* — Napoli, 1919

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XI Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

Seduta del 9 novembre 1920.

Presidenza: Prof. R. DALLA VEDOVA.

Il presidente comunica ai congressisti che il Consiglio Superiore dell'Istruzione Pubblica ha favorevolmente accolto il voto delle Facoltà Mediche rendendo obbligatoria agli studenti dell'ultimo biennio della Facoltà di Medicina, la frequenza dell'insegnamento di Ortopedia.

Commemora la scomparsa dei soci defunti professori Roth, Zoppi, Zuccaro, Cimoroni, alla cui memoria l'assemblea unanimemente rivolge un affettuoso pensiero.

Quindi prende la parola il prof. G. ANZILOTTI, di *Livorno*, sul tema: *Cura delle paralisi spastiche*. L'O. riassume le conoscenze moderne neuropatologiche accennando alle teorie patogenetiche della contrattura. Parla degli interventi tendinei e di questi accetta la tenotomia e più specialmente l'allungamento plastico come sistema migliore nei casi abituali e dice inoltre che i trapianti tendinei sono utili in alcuni casi. Rare indicazioni hanno gli interventi ossei ed articolari e così quelli cranici. Viene a discutere gli interventi su i nervi escludendo le plastiche nervose, ammettendo come scarsamente indicata la neurotomia. Invece accetta in speciali casi, che discute, l'operazione di Stoffel.

Parla dell'importanza della cura postoperatoria con mezzi fisici, massaggio, rieducazione ed applicazione di apparecchi.

Prendono quindi viva parte alla discussione il prof. GALEAZZI, di *Milano*, prof. PALAGI, PUTTI, NICOLETTI, BARGELLINI, PIERI e CHIASSERINI, portando ciascuno un largo contributo secondo la propria esperienza.

Prof. A. SERRA (*Bologna*). — Espone in una brillante relazione il trattamento ortopedico delle rigidità e delle anchilosi, la fisioterapia delle rigidità articolari, le operazioni dirette a correggere le anchilosi in posizioni dannose, le mobilizzazioni chirurgiche e artroplastiche.

Accenna alle basi sperimentali dell'interposizione di lembi, alla tecnica generale dell'artroplastica, al trattamento post-operatorio, agli errori di tecnica e complicazioni ed al destino delle nevroartrosi. A proposito di queste ultime afferma che il movimento articolare, che si è raggiunto nei primi mesi dopo l'operazione, si mantiene e spesso cresce. Le neoarticolazioni permettono agli operati di camminare a lungo e di eseguire lavori faticosi. Lo stato muscolare migliora notevolmente ed il perimetro degli arti raggiunge spesso le dimensioni dell'arto sano.

L'interposizione di un lembo libero di fascia lata è preferibile al lembo peduncolato ed alla interposizione di altre sostanze organiche e inorganiche.

Le anchilosi ossee delle grandi articolazioni, fino a pochi anni addietro trascurate dagli ortopedici, possono ora essere considerate come suscettibili di guarigione allo stato attuale della Chirurgia.

A portare maggior luce sull'argomento, il professor V. PUTTI (*Bologna*), espone la sua tecnica sull'artrotomia del ginocchio, che risponde alle più complesse esigenze della ricostruzione articolare, e con proiezioni mostra i vari tempi operativi del suo metodo.

Prendono viva parte alla discussione il prof. R. BASTIANELLI (*Roma*) e G. PIERI (*Roma*), i quali hanno eseguito varie artroplastiche e portano sull'argomento largo contributo di personale esperienza.

Quindi in una brillante conferenza il prof. R. GALEAZZI, di *Milano*, espone il suo metodo sul raddrizzamento forzato della scoliosi e lo illustra con numerose proiezioni e mostra infine un grazioso modellino del suo apparecchio riduttivo.

Molte altre comunicazioni di notevole interesse hanno ricevuto universale plauso dall'assemblea per l'importante contributo che hanno portato i conferenzieri allo sviluppo sempre più geniale dell'Ortopedia Italiana.

Per il XII Congresso vengono proposti ed accettati i seguenti temi:

1° Trattamento della spondilite.
2° Meccanica e trattamento della scoliosi.

g.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 novembre 1920.

Presidenza del Prof. F. DURANTE, presidente.

Atresia congenita e dilatazione cistica del coledoco.

Prof. R. BASTIANELLI. — Riferisce su di un bambino di 9 anni, malato da tre mesi con dolori al fianco ed all'ipocondrio destri, ricoverato al 1° Padiglione del Policlinico nel maggio 1919. Presentava un grosso tumore nell'iponcondrio d. a resistenza elastica fluttuante e leggera tinta itterica delle congiuntive. Tutto faceva pensare ad una cisti di echinococco della faccia inferiore del fegato. All'operazione si trovò una cisti dalla quale mediante un trequarti si estrasse liquido biliare. Si trattava di un'atresia congenita e dilatazione cistica del coledoco, e poichè in precedenza l'infermo non aveva avuto disturbo alcuno, bisogna ammettere che vi fosse un'altra via biliare.

Il mutismo in neuro-psichiatria infantile.

Prof. S. DE SANCTIS. — L'O. espone i risultati della sua esperienza per utilità dei nevrologi pratici che spesso non poche difficoltà incontrano a diagnosticare differenzialmente i mutismi organici dei bambini e fanciulli.

L'O. così classifica i mutismi organici dell'infanzia (mutismo isterico e catatonico a parte).

Mutismi senza insufficienza intellettuale: Sordomutismo: Mutismo otogeno semplice; Audimutismo: Afasia; Anartria.

Mutismi con frenastenia: Frenastenia afasica (idiozia afasica degli autori): *a*) prenatale agenesica; *b*) prenatale paralitica; *c*) postnatale precoce paralitica; *d*) postnatale tardiva aparetica.

Oltre al criterio tassinomico fondamentale del *deficit intellettuale*, l'O. espone altri criteri da utilizzare per la diagnosi differenziale, di cui i principali sono: l'*epoca d'inizio*, presenza di fatti *paralitico-spastici, udito, voce.*

I mutismi organici infantili sono bene localizzabili anche in vita; in quanto alle malattie che li producono, si tratta di agenesie (rare), ovvero di rammollimenti, emorragie ed encefaliti, che in molti casi finiscono con sclerosi lobari. Nella etiologia di tutti i mutismi domina la sifilide.

Un'accorta e paziente educazione e cure antiluetiche correggono quasi sempre il contegno dei bambini muti, che è più o meno gravemente instabile. La parola si sviluppa benissimo nei muti-otogèni; abbastanza bene negli audimuti; con difficoltà nei sordo-muti; con maggior difficoltà ancora negli afasici semplici. Si ottiene poco o niente negli idioti-afasici e niente negli anartrici.

Sulla dottrina della «cianosi».

Prof. U. ARCANGELI. — Di recente sono state eseguite in America, nell'Istituto Rockefeller, ricerche sulla cianosi, che hanno fornito dati di fatto che chiariscono le condizioni nelle quali si produce il colorito cianotico della cute e delle mucose. Questi dati confermano le idee sulla genesi e sul significato della cianosi, che l'O. espose già 21 anni fa in una memoria ignorata dagli autori delle attuali ricerche.

Sin da allora l'O. concludeva:

1° Il *primum movens* della cianosi nei vizi congeniti di cuore ed in altre malattie di cuore e di polmoni è la diminuzione di ossidazione del sangue nei polmoni.

2° Seguono fenomeni di compenso, quali la dilatazione dei vasi cutanei, la pletora, la poliglobulia.

3° La così detta stasi capillare nei malati senza scompenso cardiaco non è l'effetto di aumento di pressione nelle grandi vene, ma di aumento della quantità relativa ed assoluta del sangue nella grande circolazione, della poliglobulia ed ancora più della dilatazione attiva dei vasi cutanei di origine vasomotoria, divenuta poi permanente.

4° Dilatazione dei vasi cutanei, poliglobulia, pletora favoriscono gli scambi gassosi e particolarmente la respirazione cutanea: questa notevolmente aumentata tende a compensare l'insufficienza di quella polmonare.

5° Il colorito cianotico della pelle e delle mucose essendo proporzionale alla quantità di emoglobina ridotta nel sangue dei capillari e delle piccole vene della cute e delle mucose visibili, alla quantità di sangue, all'ampiezza e ripienezza del letto venale, ne segue che la pletora, la poliglobulia e la dilatazione dei vasi cutanei (la cosiddetta stasi capillare) contribuiranno alla cianosi (fattori secondari).

6° Nei cardiaci scompensati a questi fattori si aggiungeranno gli effetti del rallentamento della circolazione capillare o venosa per aumento di pressione nelle grandi vene.

Influenza dei risanamenti idrici sulla mortalità per febbre tifoide in Italia.

Prof. V. PUNTONI. — Da confronti eseguiti tra Comuni che hanno compiuto risanamenti idrici e quelli in cui tali risanamenti non sono stati compiuti è risultato all'O. che i risanamenti idrici non hanno apportato notevoli cambiamenti nel movimento della mortalità per f. t. La diminuzione più forte è stata quasi dovunque dal 1885 al 1904, e coincide e segue all'epoca delle grandi scoperte batteriologiche, e all'inaugurarsi di una nuova èra igienica basata sull'adozione di mezzi profilattici più idonei, desunti dalle acquisite nozioni etiologiche e disciplinati dalla nuova legge sanitaria del 1888.

E. GROSSI.

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 18 dicembre 1920.

Di un caso piuttosto raro di miopatia primitiva ipertrofica post-infettiva.

Dott. CAMILLO CHIRI. — L'O. presenta un ammalato di forma miopatica ipertrofica insorta da cinque anni circa dopo un ileo-tifo. Non si riscontra predisposizione ereditaria e famigliare. I reperti della biopsia confermerebbero trattarsi d'una miopatia ipertrofica in via di evoluzione

A. GASBARRINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo alla clinica degli aneurismi delle arterie epatica e lienale.

Se ne occupa F. Högler (*Wien. Archiv für innere Med.*, n. 3, 1920).

A) ANEURISMI DELL'ARTERIA EPATICA.

Eziologia. — Gli aneurismi dell'a. epatica sono nel 50 % dei casi di origine embolico-batterica (in seguito ad endocardite, osteomielite, tifo, polmonite).

La colecistite, la colelitiasi, forse anche l'aterosclerosi (Benda) e dei traumi (Mester) possono pure dare origine ad aneurismi delle aa. epatiche.

Sintomi. — Si può dividere il decorso dell'affezione in 2 stadi: uno stadio senza rottura ed uno stadio con rottura del vaso. Nel 1° stadio i sintomi sono spesso poco caratteristici, di modo che è impossibile la diagnosi; altre volte essi sono più evidenti e consistono in dolori accessuali, in fenomeni di compressione (ittero, atrofia della cistifellea, ascite, tumori di milza) e in flogosi reattive nei tessuti vicini all'aneurisma. Il 1° stadio può durare molti anni.

In casi rari è possibile la guarigione in seguito a trombizzazione e consecutiva calcificazione della sacca aneurismatica.

Il 2° stadio è caratterizzato dalla rottura dell'aneurisma e perforazione in organi vicini (resisi aderenti all'aneurisma). Le perforazioni avvengono: 1° nel cavo peritoneale. In tal caso la morte è rapida e i sintomi sono quelli dell'anemia acuta: 2° nel tratto gastro-intestinale. Tra i segni dell'anemia acuta l'ammalato muore in breve tempo. Al momento della rottura l'ammalato ha dei dolori colici intensi e fenomeni di *shock*. 3° nelle vie biliari. In tal caso i sintomi sono caratteristici: *a*) dolori accessuali nella regione epatica, con irradiazioni nella regione pubica e sacrale (ciò che li distingue dai dolori da colelitiasi); *b*) emorragie intestinali (ematemesi, melena). L'emorragia segue di solito all'accesso doloroso; *c*) rumori sistolici ascoltabili nella regione cistica.

A tali sintomi si aggiunge spesso l'ittero, che è assente specialmente negli aneurismi dell'arteria cistica.

La *prognosi* è infausta perchè l'aneurisma finisce quasi fatalmente colla rottura e l'ammalato muore per anemia acuta. Quando si è fatta la diagnosi esatta si può tentare la legatura dell'arteria epatica propria.

B) ANEURISMI DELL'ARTERIA LIENALE.

Etiologia. — Malattie infettive, aterosclerosi, forse anche cause meccaniche (Selter).

Sintomi. — 1. Dolore. — Il dolore da principio vago, negli stadi avanzati meglio caratterizzato, può essere accessuale o continuo: nel 1° caso esso è localizzato alla regione ipocondriaca sinistra, è simile ai dolori colici, e si accompagna a fenomeni di *shock;* nel 2° caso è diffuso a tutto l'addome ed è puntorio od urente.

2. Sintomi palpatori. — La milza è ingrossata (compressione della vena lienale da parte dell'aneurisma). Talvolta si può palpare l'aneurisma stesso come un tumore pulsante, a pareti liscie, dolente alla pressione.

3. Sintomi ascoltatori. — Si ascolta talvolta sulla regione splenica un rumore sistolico.

4. Sintomi röntgenologici. — Si vede vicino allo stomaco, reso opaco, un'ombra pulsante che talvolta deforma l'ombra gastrica. La malattia può durare molti anni, la prognosi è infausta. È indicato l'intervento operativo con l'estirpazione della milza e della sacca aneurismatica. Selter e Winkler hanno ottenuto delle guarigioni permanenti.

L'A. riferisce un caso di aneurisma dell'arteria cistica e uno di aneurisma dell'arteria lienale, i primi nei quali la diagnosi esatta venne fatta durante la vita dei pazienti. La *diagnosi* fu possibile specialmente per il reperto ascoltatorio nella regione dei vasi lesi; e all'ascoltazione sistematica dei vasi dell'addome l'autore attribuisce perciò un grande valore.

POLLITZER.

Aneurisma embolico delle arterie periferiche nell'endocardite ulcerosa.

L'aneurisma delle arterie periferiche è una evenienza piuttosto rara, di cui K. Adams (*Glasgow. Med. Journ.*, 1920, pag. 262) ha avuto occasione di osservare due casi.

Il primo concerne un individuo di 29 anni che soffriva da 4 anni di dolori reumatici e dispnea; era in cattivo stato di nutrizione, di colorito pallido, con le dita a clava, vi era un certo grado di aumento dell'area cardiaca, un soffio sistolico dolce dall'apice fino all'ascella; un soffio sistolico aspro dall'aorta ai vasi del collo: il secondo tono aortico era sostituito da un soffio dolce.

Il paz. si lamentava di dolori reumatici generalizzati, che vennero calmati con somministrazione di aspirina e di salicilato di sodio, l'emocoltura fu negativa; qualche giorno dopo, si lamentò di dolori reumatici dalla natica alla

coscia sinistra: in seguito si sviluppò, fra il gran trocantere e la spina iliaca posteriore superiore un tumore fluttuante e pulsatile della grossezza di un uovo di gallina, per cui venne diagnosticato un aneurisma dell'arteria glutea. Con l'allacciatura della branca posteriore dell'iliaca interna sinistra scomparve la pulsazione del tumore. Dopo l'operazione però, il paziente ebbe vomiti, tensione e dolori all'addome, dispnea. Le sue condizioni peggiorarono rapidamente, e il paziente venne a morte per insufficienza cardiaca.

All'autopsia, si riscontrò pericardio inspessito con essudato fibrinoso: cuore ingrandito con ipertrofia di entrambi i ventricoli: sulle valvole aortica e mitrale erano abbondanti vegetazioni, di cui alcune recenti: vi erano segni di arteriosclerosi alla base dell'aorta. All'arteria glutea sinistra si riscontrò un aneurisma contenente coaguli stratificati.

Nell'altro caso si trattava di un individuo di 33 anni, in cui si era avuta tre mesi prima emiplegia sinistra; fra i precedenti anamnestici degni di nota, la malaria, la dissenteria, un attacco di reumatismo e la pleurite.

Il paziente era in buono stato di nutrizione, ma pallido ed anemico. Area cardiaca alquanto aumentata: alla mitrale, soffio sistolico basso e diastolico rude; all'aorta, soffio sistolico aspro, mentre il secondo tono era sostituito da un rumore dolce, soffiante. Emiplegia degli arti di sinistra con aumento dei riflessi tendinei, presenza di liquido nell'articolazione del ginocchio sinistro; reazione di Wassermann positiva.

Pochi giorni dopo l'ammissione si notò aumento dell'area epatica e del versamento al ginocchio: la temperatura salì a 38°. Con una prima emocoltura si ottennero stafilococchi e bacilli gram-negativi, probabilmente per inquinamento, la seconda fu negativa. Qualche tempo dopo, il paziente si lamentò di dolori al braccio destro, dove si notò paralisi nel territorio dell'ulnare e scomparsa delle eminenze tenare, ipotenare e degli interossei, mentre si osservò un tumore fusiforme pulsante, al terzo medio dell'avambraccio, per cui venne diagnosticato un aneurisma embolico, dell'arteria ulnare destra, che, all'atto operativo, venne difatto riscontrato strettamente aderente al nervo ulnare. L'arteria venne allacciata sopra e sotto il sacco, che venne reciso in parte. L'ammalato morì pochi giorni dopo per insufficienza cardiaca.

In ambedue i casi si avevano precedenti anamnestici di reumatismo, con emocoltura negativa ed embolismi delle arterie periferiche.

Altri casi consimili sono citati da Simon e riguardano l'arteria sciatica, la radiale, l'ulnare, la femorale, la poplitea. *fil.*

Il trattamento medico dell'aneurisma.

W. G. Maclachlan (*Am. Journ. of medical sciences*, aprile 1920) ritiene che il 90 % degli aneurismi dell'aorta toracica riconosce come causa la sifilide e si occupa, nel suo lavoro, soltanto degli aneurismi in cui è dimostrabile la relazione con la sifilide.

Nel trattamento egli considera:

a) *Il riposo*, che deve essere completo, a letto, della durata di almeno tre mesi: in seguito il paziente dovrà limitare la sua attività, evitando sforzi fisici e mentali, ed eventualmente cambiando professione.

b) *La dieta*. — Per quanto molti autori abbiano indicata una dieta ridottissima, non vi è alcun fatto che dimostri che con ciò si possa aumentare la coagulabilità del sangue; la nutrizione generale del paziente va tenuta in buone condizioni, prescrivendo una dieta leggera quando vi sia un aumento di pressione. Quanto al salasso, consigliato sistematicamente da Valsalva, va limitato ad indicazioni d'urgenza, come, p. e., la dispnea grave.

c) *Trattamento antiluetico*. — Va iniziato con il periodo di riposo: l'A. consiglia 12 iniezioni di arsphenamina (sei da 20 e sei da 30 cg.). Minore importanza ha lo joduro.

L'A. riporta le storie cliniche di casi da lui trattati con questo metodo; mentre la durata media dei casi di aneurisma non eccede uno o due anni, i casi dell'A. si mantenevano in vita dopo tre anni, in buone condizioni ed esercitando anche lavori manuali. Di particolare importanza, oltre il trattamento antiluetico, è il riposo, che fa rapidamente scomparire i sintomi obbiettivi e subbiettivi.

fil.

Aortite sifilitica ereditaria.

Gli spirocheti nei vasi sanguigni e nel cuore sono stati trovati in molti casi di sifilide ereditaria dei feti prematuri, dei nati-morti e dei feti morti subito dopo la nascita. Si conoscono casi di reperto positivo fino all'età di un anno; mancano, però, casi di bambini in età superiore. Le alterazioni istopatologiche consistono in infiltrazione cellulare (linfociti, leucociti mono e polinucleati, cellule epitelioidi e cellule connettivali) della tunica media e in parte dell'avventizia, con iperemia e anche trombosi dei *vasa vasorum*. Non tutti gli autori ammettono la specificità di tali lesioni. Essendo, però, ormai indiscutibile l'aortite eredoluetica dei bambini grandicelli, dei ragazzi, e specialmente degli adulti (il così detto aortismo ereditario di Huchard), è possibile diagnosticarla clinicamente?

È estremamente difficile, dice E. J. Stolkind (*The British Journal of Children's Diseas*, lu-

glio-settembre 1920). I sifilodermi ulcerosi, la W. R. positiva non accennano che alla natura luetica dell'affezione, non alla sua ereditarietà. L'insufficienza aortica, l'epatomegalia, l'ascite, l'albuminuria e la cilindruria jalina e granulosa possono essere dovute ad altre cause. I denti di Hutchinson possono essere in rapporto col rachitismo, ovvero con lue contratta mercè l'allattamento dalla balia o dai parenti in un'epoca corrispondente ai primi mesi di vita extrauterina, quindi con nessun fattore ereditario. Ciò l'A. dimostra con casi propri e di altri, conchiudendo che la vera aortite eredoluetica abbisogna di studio ulteriore, mentre attualmente non può mai essere sicuramente affermata.

GENTILE.

Le trombosi venose delle flebiti da sforzo.

Le trombosi venose (J. L. in *Journal des Praticiens*, 17 gennaio 1920), sogliono manifestarsi improvvisamente con un vivo dolore di breve durata, cui segue aumento di volume, colorazione violacea della cute, raffreddamento e impotenza dell'arto colpito; le vene appaiono in primo tempo turgide e dilatate, l'arto è teso come se fosse contratto e con la pressione non vi si determina l'impronta digitale. Più tardi si manifesta l'edema, le vene si palpano come cordoni fibrosi, spesso si produce idartro. Nei giorni seguenti i disturbi vanno di solito a poco a poco diminuendo, l'arto diviene caldo, la tinta violacea va diminuendo, la funzione comincia a ristabilirsi e dopo un periodo di tempo più o meno lungo, l'arto ritorna normale o quasi.

Il numero delle trombosi venose finora pubblicate è di 22 e di queste 2 colpirono l'arto inferiore sinistro, 16 l'arto superiore destro e 4 quello superiore sinistro.

Il sustrato anatomo-patologico è indiscutibilmente una trombosi della vena principale di un arto. La causa di questa trombosi è però piuttosto oscura. Secondo Lenormant consisterebbe in una lesione minima della tunica interna del vaso, prodotta dal traumatismo o da una semplice contrattura. Esaminando i 22 casi pubblicati, si vede che gli accidenti non si sono sempre manifestati nello stesso modo. In tre casi potrebbe incriminarsi un'infezione febbrile, in altri tre casi la sifilide, in due un traumatismo importante, ma negli altri dodici non si rileva una causa precisa.

In questi ultimi casi suole attribuirsi la trombosi a uno sforzo, ma anche questo spesso viene assolutamente a mancare.

L'obliterazione subitanea ed estesa della vena principale viene da Mocquot spiegata con un forte spasmo vascolare passeggiero, che interrompa o quasi la circolazione e permetta la formazione di un coagulo che renda definitiva l'ostruzione senza provocare embolia.

Il prognostico di queste trombosi è secondo Rochard, sempre favorevole, ma se esistono casi, nei quali si è presto avuta la guarigione, ne esistono altri invece nei quali i disturbi più o meno spiccati persistevano anche dopo molti mesi.

CESETTI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Esame istologico dei centri nervosi in un caso di corea acuta di Sydenham.

Pierre Marie e Trétiakoff rendono noti (*Revue neurologique*, n. 5, 1920) i risultati degli esami istologici praticati in un caso di corea acuta, esame interessante in quanto ha rivelato la chiara rassomiglianza fra le lesioni che costituiscono il substrato anatomo-patologico dell'encefalite letargica e quelle trovate nel caso in esame.

Si tratta di una infiltrazione delle guaine perivascolari e del parenchima nervoso con distruzione degli elementi nobili in alcune regioni.

Il processo diffuso irregolarmente, interessa tutto l'asse cerebro-spinale, eccettuato bulbo e cervelletto e raggiunge il massimo di intensità nei gangli grigi della base: sede elettiva è la sostanza grigia e deve dunque esser considerato come una polioencefalite.

Le lesioni vascolari consistono in iperemia, ma specialmente nell'infiltrazione delle guaine avventizie da parte di elementi cellulari infiammatori, sovratutto grandi mononucleari.

Più costantemente sono colpite le vene: all'infuori dei vasi gli stessi elementi infiltrano irregolarmente il parenchima ed hanno tendenza a formare noduli infiammatori.

Gli elementi della nevroglia si trovano fortemente proliferati: mancano le cellule giganti di nevroglia.

La più frequente alterazione delle cellule nervose è la *neuronofagia* caratterizzata dalla formazione di noduli infiammatori attorno ad una cellula nervosa più o meno alterata di cui talora non resta che un ammasso protoplasmatico.

Numerose cellule dei nuclei lenticolari e caudati sono in via di *degenerazione granulosa*.

Altre alterazioni delle cellule nervose sono la cromatolisi e il rigonfiamento edematoso.

I cilindrassi sono alterati specie nei gangli della base.

In ordine decrescente di intensità delle lesioni si ha: *nucleo caudato, putamen, locus niger, strato ottico.*

Le lesioni sono ugualmente intense su tutta la *corteccia cerebrale.*

L'infiammazione è intensa nella *protuberanza.*

Il *bulbo* è sensibilmente rispettato, ma a livello del *midollo* si trovano nuovamente noduli infiammatori.

Il *cervelletto* è nella sua totalità colpito.

Riassumendo ci troviamo dinanzi ad un vasto territorio infiammatorio il cui *maximum* si ha nei gangli grigi della base.

L'infiammazione è intensa nella corteccia cerebrale, ma a misura che si discende nel mesencefalo il processo si attenua.

Il processo è sovratutto irritativo con iperemia ed infiltrazione dei tessuti e proliferazione degli elementi nevroglici e connettivali.

In seconda linea vengono le lesioni degenerative, forse perchè è difficile con i mezzi di cui disponiamo metterle in evidenza.

Le lesioni trovate concordano con quelle segnalate da Mery e Babonneix, Delcourt e Sand ed altri.

È facile distinguerle da quelle della *poliomielite acuta infantile* dove più intensa e netta è la distruzione degli elementi nobili e dove la gravità delle lesioni midollari rende chiara la diagnosi.

Quest'ultimo fatto rende anche impossibile la confusione fra l'*encefalite coreica* e l'*encefalo mielite da lissa o da tetano* e quella che talora si osserva nella *malattia del Landry.*

Meno facile è la diagnosi differenziale con l'*encefalite secondaria ad influenza, a tifo* e ad *altre infezioni.* Tuttavia qui si tratta generalmente di forme fortemente emorragiche con zone infiammatorie assai circoscritte e con variabile localizzazione.

Impossibile quasi è la diagnosi con l'*encefalite letargica* in quanto sottile differenza è il fatto che le lesioni corticali sono più estese nella corea che i nuclei del III paio sono qui intatti, che il centro della zona d'infiammazione che occupa i peduncoli cerebrali nella encefalite letargica, si trova risalito ai gangli della base nella corea.

Gli A.A. insistono sulla somiglianza notevole fra la topografia delle lesioni trovate nel caso in esame e quelle che si osservano nella *corea cronica di Huntington*: in ambedue i fenomeni colpiscono sovratutto la corteccia cerebrale e il corpo striato: ciò secondo gli A.A. è importante in quanto può costituire una prova in più in favore del compito che spetta al corpo striato nella genesi dei movimenti coreici.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1245) *Fonendoscopio.* — Al dott. G. P., abbonato n. 7690:

Tra i tanti modelli di fonendoscopi il modello Bazzi-Bianchi è uno dei più sensibili.

Circa i vantaggi del fondoscopio sullo stetoscopio non tutti sono d'accordo; tanto che almeno in Italia la maggior parte dei medici preferisce il vecchio stetoscopio cavo di Piorry; ed invero con esso tutte le finezze semeiologiche dell'ascoltazione possono essere messe in piena evidenza.

t. p.

(1246) All'abb. n. 2917:

L'*apparecchio del Gones* per iniezioni endovenose di ioduro di sodio o di potassio è composto di 2 tubi *A* e *B* di 50 cmc. ciascuno; all'estremità superiore di questi tubi è una dilatazione ove si pone del cotone sterile nel caso si voglia far penetrare aria sotto pressione. I 2 tubi *A* e *B* comunicano, nella parte inferiore, con un unico tubo di scarico *D* al quale è legato un tubo portante l'ago. Nel punto di comunicazione fra i 2 tubi *A* e *B* ed il tubo *D* esiste un rubinetto *C* disposto in tale modo che esso, per i suoi orifici, fa comunicare il tubo *D* con il tubo *A* o con il tubo *B*, o impedisce assolutamente il passaggio dei liquidi.

Nel tubo *A* si pone soluzione fisiologica; nel tubo *B* soluzione isotonica in acqua bidistillata e recentemente sterilizzata di ioduro di sodio o di potassio. Si riempie il tubo *D*, fino all'ago, di soluzione fisiologica; introdotto quindi l'ago nella vena si pone la comunicazione di *D* con *A* e, verificata l'introduzione diretta della soluzione fisiologica nella vena si pone la comunicazione di *D* con *B*. Dopo eseguita la iniezione voluta di ioduro si rimette la comunicazione di *D* con *A*, quindi si chiude il rubinetto *C* in modo tale da impedire il passaggio di qualsiasi liquido mentre si toglie l'ago dalla vena.

Il tutto procede colla massima asepsi.

Per indicazioni complete etiologiche, cliniche, anatomo-patologiche sulle Micosi e sulle Spirochetosi Ella può consultare: « Castellani e Chalmers. Manual of Tropical Medicine. Baillière e Tindall, London. III edizione.

La pubblicazione del Magalhaes sull'argomento delle Micosi, di cui Ella richiede, è la seguente: « Nova Micose Humana ». Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Manguinhos. Tomo X, fasc. I, anno 1918.

C. B.

VARIA

La castrazione dei delinquenti.

In America (S. U.) dove, come si sa, non si frappongono tanti ostacoli tra l'affermazione di un principio e la sua applicazione (l'avvenire dirà se colà gli uomini non furono troppo semplicisti ed orgogliosi interpreti dei fatti biologici e sociali), non si poteva non assumere attitudine spartanamente radicale di fronte alla delinquenza cronica o eccezionale. Castratura, quindi, sotto varie forme e coi mezzi sicuri ed eleganti che l'arte medica oggi può offrire.

Gli Stati della Confederazione nord-americana, che hanno introdotto quel radicalissimo sistema di eugenetica, sommano ad una dozzina. Li citiamo in ordine cronologico: Indiana (1907); California, Connecticut, Washington (1909); Iowa, New Jersey (1911); New York, Nevada (1912); Kansas, Michigan, North Dakota, Wisconsin (1913).

Variano però da Stato a Stato le categorie di individui a cui è vietato il diritto di aver prole. Nel Nevada, nel Washington, nel New York e nel New Jersey il veto colpisce soltanto i criminali recidivi e gli stupratori che abbiano consumato violenze carnali su fanciulle al di sotto dei 10 anni. Nel Connecticut, a queste due serie di procreatori *undesiderable* sono aggiunti gli idioti, i deficienti, gli affetti da pazzia ereditaria, da mania cronica e da stati demenziali. Nel Michigan, nell'Indiana e nella California la legge comprende all'incirca le medesime «voci» elencate da quella del Connecticut. Nel Kansas e nel Wisconsin sono inclusi anche gli epilettici. Nello Jowa, in più degli epilettici, i sifilitici. Infine, nel North Dakota non si hanno singole specificazioni di malattie: la legge ordina, in termine generico, che debbono sottostare all'intervento chirurgico tutti coloro che si trovano rinchiusi nelle prigioni, nei riformatorî, nei manicomi, negli ospedali e in qualsiasi pubblico asilo, «la cui discendenza non sia ritenuta opportuna».

Per dare un'idea del tenore di questi decreti, riportiamo quello dello Stato di Indiana, che fu del resto il padre di tutti gli altri. Ha per titolo: *Act to Prevent Procreation of Confirmed Criminals, Idiots, Imbeciles and Rapists.*

«Attesochè l'eredità occupa il posto più importante nella trasmissione del delitto, dell'idiozia e dell'imbecillità:

Si provvede con la presente legge ad impedire la procreazione dei criminali recidivi, degli idioti e degli stupratori.

I direttori e i sovraintendenti degli Istituti dove tali individui sono raccolti, nomineranno una Commissione di periti, composta di due medici specialisti, la quale dovrà esaminare lo stato psichico dei ricoverati. Questa Commissione, di cui farà parte il sanitario dell'Istituto ed altresì il direttore o il savraintendente di esso, sceglierà due chirurghi di notoria abilità. Quando la Commissione avrà stabilito che le condizioni fisiche e mentali dell'individuo sottoposto ad esame ne sconsigliano la discendenza, i chirurghi passeranno al necessario atto operativo».

Si deve aggiungere che in certi Stati non basta il responso unanime della Commissione, ma viene altresì richiesto il consenso del parente più prossimo, o, in mancanza, quello del tutore dell'operando. Però nei criminali recidivi e sopratutto negli stupratori, la legge viene applicata di ufficio, senz'altra formalità.

Le statistiche che abbiamo avuto sott'occhio vanno solo fino al 1913-14: in seguito i primi entusiasmi si calmarono, oltre che per aspri contrasti polemici che si accesero tra la stampa del paese dello Zio Tom, sopratutto per il fatto che i *rapists*, cioè proprio la categoria colpita in prima linea dalla legge e contro la quale tutti eran d'accordo, potevano, uscendo dal carcere, ripetere allegramente le loro gesta. Perchè, in fondo, a che cosa si riduceva o si riduce l'intervento chirurgico? Nell'uomo alla vasectomia parziale o alla legatura dei canali deferenti; nella donna (a seconda dei dispositivi di legge dei vari Stati), alla ooforectomia, alla salpingotomia o alla legatura delle tube falloppiane. L'uomo, quindi, conserva, pur così operato, ogni suo *rôle* antico.

Più radicali, dunque, gli skloptzki, la setta religiosa degli autocastratori del bel paese di Russia.

Le prime statistiche ci danno dunque, press'a poco, questo risultato:

Nello Stato di Indiana si ebbero, durante l'anno fiscale 1907-1908 (cioè dopo dodici mesi dall'entrata in vigore del decreto), 119 operazioni, che furono tutte eseguite su ricoverati del pubblico «Reformatory». La cifra degli interventi scese però a 39 nel 1908-1909, ad 1 nel 1909-1910 ed a 0 nel 1910-1911. La ragione di questa caduta sta nel fatto che il governatore dello Stato aveva dichiarato la legge incostituzionale.

Nel Connecticut, 30 uomini rinchiusi nello «State Penitentiary», vennero giudicati passibili di atto operatorio; ma non si diede mai corso alla sentenza.

Nella California si ebbero, in totale, 300 operazioni — il trionfo massimo toccato dal bisturì sterilizzatore; il quale, del resto, non tardò anche là ad arruginirsi.

Zero, invece, nel Washington. E pure zero nel New Jersey, nel New York e nello Iowa.

In Europa si espressero giudizi molto severi. In Germania, in riunioni mediche, venne fatta una esauriente descrizione del deplorevole stato fisiopsicologico in cui cadono tutti i mutilati dell'apparato genitale. In molti di essi si manifesta una vera degenerazione morale, peggiore forse talvolta di quella cui il «bisturi americano» vorrebbe rimediare.

È vero che una quantità di grandi uomini tedeschi, tra cui molti medici, fece poi l'apologia della castrazione definitiva di milioni di individui sui campi di battaglia.

(Il Med. It.).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Congressi.

Mentre il Congresso di medicina interna, quello di chirurgia e altri delle specialità si sono tenuti a Roma sul principio dello scorso novembre, i medici condotti e gli ordini dei medici si sono adunati sulla fine dello stesso mese a Napoli e a Roma.

È chiaro che nel concetto degli organizzatori nulla dev'esservi di comune tra i congressi clinici e quelli professionali: si tratta di due campi chiusi, una demarcazione netta li sépara e nessun contatto può stabilirsi tra di loro.

È inammissibile, difatti, che uno stesso medico faccia due volte, a pochi giorni di distanza, un viaggio che può essere molto lungo e disagevole, per intervenire a queste riunioni, le quali sogliono interessarlo mediocremente: a parte le difficoltà inerenti alla spesa, alla penuria degli alberghi, ecc., è da tener conto del disturbo che egli ne risentirebbe nella sua attività professionale.

Mentre si può intervenire senza gravi sacrifizi a due Congressi immediatamente successivi, anche se si tengono in città diverse, è difficile e talvolta impossibile partecipare a congressi che si adunano ad alcune settimane di distanza.

***

I due ordini di Congressi sono, dunque, rimasti effettivamente separati nello scorso anno, *more solito*, come se fossero inconciliabili.

Per i clinici, per i patologi, per gli specialisti, i medici condotti sono colleghi minori, da abbandonare alle loro beghe professionali e da non far entrare in considerazione nel predisporre le proprie adunanze annuali; per i medici condotti le questioni trattate da patologi, da clinici e da specialisti con lusso di scienza e con copia di dettagli, nei loro Congressi generali, li riguardano solo molto da lontano.

Eppure sarebbe desiderabile che i medici condotti e in genere i liberi esercenti intervenissero numerosi alle assise della medicina clinica e scientifica; che prendessero parte attiva all'arringo e vi portassero il loro contributo prezioso di osservazioni vissute, di considerazioni e di rilievi dettati dalla loro ricca e varia esperienza.

Non vogliamo esagerare il valore dei Congressi; anzi crediamo che questi non abbiano mai risolto un solo problema importante e che l'annunzio di qualche scoperta notevole, avvenuta in seno ai Congressi, abbia avuto più che altro un valore episodico. Non dobbiamo disconoscere però che le discussioni provocate riescono utili; che molte nozioni ne risultano illuminate ed avvivate; che, di più, i Congressi adempiono il compito di avvicinare e affratellare i medici, di moltiplicarne a stringerne le conoscenze personali.

Sarebbe desiderabile dunque che queste proficue gare fossero molto frequentate e nutrite, mentre alle volte rimangono quasi deserte; sovratutto sarebbe raccomandabile che ai congressi clinici intervenissero numerosi e prendessero parte fattiva i medici di tutte le categorie.

Secondo noi, si farebbe un passo verso la realizzazione di tale programma, se queste riunioni fossero prestabilite e preordinate in modo che i congressi clinici e professionali — almeno quelli di carattere più generale — cadessero quasi contemporaneamente, gli uni subito dopo gli altri, in una stessa città od in città prossimiori, così da ridurre al minimo il disagio e da eliminare le difficoltà di partecipare agli uni ed agli altri.

Ne sarebbero facilitate anche le pratiche per ottenere concessioni speciali (riduzioni di viaggio e di albergo, visite di favore a musei, ecc.).

Solleviamo il problema senza presumere di risolverlo. Forse la soluzione è molto semplice: basterebbe che i Comitati organizzatori non s'ignorassero; che invece di lavorare in modo indipendente, venissero di volta in volta ad un'intesa; che coordinassero e armonizzassero i loro piani, modificando la sede di riunione, correggendo le date, ecc., tutte le volte che fosse necessario.

Si potrebbe raggiungere l'intento anche senza costituire un organo centrale coordinatore, il quale comporterebbe una disciplina che è difficile a trovare nel nostro paese, dato il nostro temperamento poco docile, se non anarcoide.

***

Ci sembra logico adottare questo criterio di unificazione dal momento che esso recherebbe vantaggi ovvii.

Può reputarsi intempestivo di sollevare il problema oggi, a congressi appena chiusi. Se non che gli ultimi Congressi, appunto, hanno posto nettamente in rilievo l'inconveniente segnalato; e le considerazioni sopra svolte potrebbero valere — auguriamocelo — a correggerlo in tempo per l'anno ora iniziato.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

Unione Nazionale Medici italiani.

L'U. N. M. I. (sede di Milano, Via S. Paolo 10) ha diramato un'interessante circolare, che non abbiamo pubblicato prima, a causa della deficienza di spazio:

Ai Colleghi italiani,

L'Unione Nazionale dei Medici Italiani, sorta dal Congresso di Genova (maggio 1917), nel quale oltre 500 medici di ogni parte d'Italia affermarono la necessità di organizzare la collaborazione della classe medica ai fini della resistenza interna, in relazione alla propria indole definita anche per statuto (... nel dopo guerra collaborare alla elevazione materiale e morale del Paese), ha testè ritenuto opportuno di determinare l'odierno suo orientamento sulla base delle attuali contingenze politico-sociali della Nazione.

In una riunione tenutasi a Milano il 14 novembre 1920, i numerosi colleghi convenuti (150 tra presenti e aderenti), hanno votato questo ordine del giorno:

«L'Unione Nazionale dei Medici riuniti in assemblea la sera del giorno 14 novembre, approvata l'opera svolta dalla Commissione direttiva nelle passate elezioni amministrative della città, riaffermata la propria finalità politico-sociale, delibera che l'Associazione, nel futuro, prenda parte attiva a tutto quel lavoro di difesa sociale che ha per iscopo di riportare l'anima italiana alla esatta valutazione delle ferree realtà della vita sociale e nazionale».

Ben lontani dal ritenere di essere in possesso di forze, meriti e capacità sufficienti a sostenere la parte principale nell'opera di ricostruzione del nostro Paese, noi medici facenti capo all'Unione siamo tuttavia convinti che il nostro disinteressato ed energico contributo non mancherà di dare buoni frutti, sopratutto in vista della autorità e fiducia di cui godiamo in ogni ceto sociale e della competenza che le nostre stesse funzioni ci conferiscono, specie in riguardo a quegli elementi morali e psicologici che sono base di qualunque manifestazione sociale.

La nostra azione deve naturalmente inquadrarsi in quella della restante classe media cui noi apparteniamo.

Le condizioni odierne della media classe italiana non sono delle più liete. Angariata dalle misure fiscali che, dirette contro le grandi ricchezze, finiscono col ricadere specialmente su di essa; ricavante proventi professionali inadeguati alla ascesa fantastica dei prezzi delle merci, essa è ridotta spesso ad una vita di reali sacrifici, per quanto oscuri e sopportati con rassegnazione; dal punto di vista morale ed affettivo poi, è in preda alle più umilianti sorprese perchè vede il proprio Paese trascinato alla rovina e vede se stessa investita e minacciata da quell'odio che è la base delle predicazioni estremiste. La classe media si trova oggi tra l'incudine e il martello, tra l'affarismo plutocratico e la dissennatezza proletaria.

Eppure, affermiamolo ben forte, la classe degli impiegati, professionisti, magistrati, insegnanti, tecnici, ecc., è la spina dorsale della società, la fucina di tutti i tecnicismi che tengono in vita la Nazione, è la depositaria dei due elementi che, da che mondo è mondo, sono il cemento di ogni vivere sociale: l'amore per la famiglia, l'amore per il proprio Paese.

Ma tutte queste virtù sono rese nulle, in questi tempi tragici, da una grave colpa: *l'assenteismo dalla cosa pubblica.* Noi tutti, professionisti, impiegati, tecnici, ecc., assorbiti nella nostra piccola vita famigliare e professionale, abbiamo dimenticato che in regime democratico non basta vivere secondo le leggi, ma che di queste leggi bisogna esserne anche i gelosi custodi.

Abbiamo lasciato che della cosa pubblica si impadronissero troppi chiacchieroni, troppi *rabagas* della politica. Una volta l'Italia era messa a soqquadro dai capitani di ventura; oggi lo è dai cosiddetti organizzatori, che traggono la loro ragion d'essere dal disordine partigiano e che si tiran dietro le masse, come i loro predecessori, colla promessa del saccheggio e della baldoria, infiorata per uso dei gonzi di tartufismo umanitario.

Nella nostra società attuale vi è veramente qualche cosa che sta per tramontare. I socialisti dicono che è la borghesia che tramonta e che il proletariato sta per salire alla direzione della cosa pubblica. No. Non saranno mai le folle deboli e mutevoli, schiave dell'ignoranza e del desiderio, assorte nella vita del momento, incapaci di un'opera intelligente e perseverante, che domineranno; la loro funzione non potrà essere che quella di produrre delle *élites* di uomini che imprimeranno all'epoca le caratteristiche della loro potente individualità. Quello che sta tramontando oggi è il regime democratico, quale è stato concepito ed applicato dall'aristocrazia industriale e curialesca, ed al suo posto si avanza quello che sarà determinato da una aristocrazia intellettiva e morale. Essa uscirà dai nostri ranghi, dove son venuti ad affollarsi elementi selezionati di tutte le classi e di tutte le gerarchie.

Ognuno al suo posto con fede e con disinteresse e sopratutto collo spirito di sacrificio.

In questa partecipazione alla grande lotta cui la classe media deve per necessità partecipare, noi medici dobbiamo rivendicare uno dei primi posti. Noi medici dobbiamo ricordare che ciò che travaglia l'umanità non è solo una crisi economica, comodo pretesto dei filibustieri della politica, ma sopratutto una profonda crisi morale. Difatti, quando mai economicamente la società umana, fino ai più bassi strati, ha goduto di maggior benessere dell'attuale?

La democrazia ha posto i dirigenti in una casa di vetro. È passato il tempo in cui i dominatori apparivano esseri sovrumani dai loro castelli e dai loro templii, dove spesso rifugiavano la loro pochezza e la loro corruzione. Oggi la vita intima di tutti gli appartenenti alla classe dirigente, il valore vero del loro carattere e della loro anima, sono in vista di tutti, e sopratutto controllati dagli occhi avidi di coloro che stanno in basso. E come dai costumi e dalle tendenze del figlio risaliamo ai costumi ed alle tendenze del padre e della famiglia, così nella società da governati a

governatori. Se il popolo ha perso la netta visione della realtà della vita sociale è perchè noi tutti non abbiamo fatto a suo tempo il nostro dovere. In questa risipiscenza della parte consapevole e responsabile della società, noi medici possiamo avere una parte onorevole, perchè la nostra funzione ci ha permesso di conservare una sufficiente purezza d'animo e ci ha abituati a scoprire le cause dei morbi fisici e morali.

Bisogna far *tabula rasa* dei disonesti che si annidano in tutte le classi; coalizzarsi contro il parassitismo e la venalità; costituire il nucleo degli uomini che sentono e provano di sentire l'imperativo del dovere, contro le legioni degli individui bassamente egoisti, pronti a prosternarsi davanti a qualunque trionfatore.

La perfezione discende dall'alto in basso, non viceversa. È inutile il benessere economico; inutili, anzi dannose, l'istruzione e la cultura, se la vita non è illuminata dal senso morale, che è elevazione dell'individuo e cemento della società e che si insegna non coi libri ma coll'esempio.

Epurare le classi medie, allargare il loro orizzonte psichico, far capire la necessità di una rigorosa disciplina interiore, questo è salvarla e con essa salvare la Nazione. È questa la nostra *vera politica*. L'altra, la contingente, la quotidiana, quella dei circoli, dei partiti, dei giornali e delle masse, è la derivazione e lo specchio della prima. Quest'ultima politica corrente dovrà essere tenuta di mira solo da questi tre punti di vista:

1° Smascherare e annichilire questi uomini amorali che, erigendosi ad apostoli e innovatori, sanno con molta prudenza conciliare il loro facile eroismo colle comodità della vita: che facendosi arme della cultura e delle doti dell'intelligenza, sfruttano, ai fini del successo personale, le coscienze ingenue e inquiete delle masse.

2° Portare alle pubbliche cariche uomini nuovi ed onesti, non inquinati da pregiudiziali di partito e opportunamente istruiti del meccanismo dell'esercizio del potere.

3° *Dare forza alla legge* senza nessuna pietà, senza falso umanitarismo.

L'individuo deve scomparire davanti alla legge, che è l'espressione del valore spirituale dell'epoca, e l'ha insegnato Socrate morendo.

L'Unione Nazionale dei Medici, questa raccolta di anonimi cittadini che già all'epoca di Caporetto ha collaborato colle sue modeste ma volonterose forze a superare il pericolo immediato, oggi ricorda ai colleghi italiani che l'opera civica della classe è ancor necessaria, e come allora, oggi pure invita i volonterosi delle città, borgate e paesi ad organizzarsi in nuclei, e per rendere quest'opera più efficace, coordinarla con quella di cittadini di tutte le classi.

Segni di risveglio nel paese non mancano. L'occasione è delle più favorevoli, e forse non si presenterà più. Come il disastro di Caporetto trovò per fortuna l'Italia già preparata a superarlo per l'opera di resistenza dei molti che lo presentivano, così la crisi che noi sentiamo avvicinarsi ci trovi pronti coll'arma in pugno e col cuore fermo.

Il Consiglio Direttivo dell'U. N. M. I.

Congresso dei Medici ferroviari.

Il Congresso dei medici ferroviari di Milano, che si dovette sospendere l'estate scorsa per causa dello sciopero ferroviario, ha continuato i suoi lavori a Roma occupandosi di argomenti di interessi professionali.

Il numero degli intervenuti è stato notevole.

Ad assumere la funzione di presidente dell'assemblea è stato chiamato il prof. G. Tedeschi di Napoli.

La discussione è stata ampia ed ordinata. Hanno parlato i dottori Cornelli, Targioni, Fabiani, Blasi, Marsella, Canger, Mogliazza, Carignola, Giannelli, Dalla Valle, Gamberini, Pandolfi, Recchi, Roseo, Bennucci, Musanti, Pezza, Marinucci, Itali, Tanturri, Buda, Chiappoli e molti altri.

È stato approvato un ordine del giorno, nel quale sono esposte le richieste della classe, richieste che meritano di trovare favorevole accoglimento specie per quel che riguarda i medici di grandi centri, ai quali, in rapporto alle delicate e faticose prestazioni, vengono corrisposti compensi irrisori.

È stato eletto presidente generale dell'Associazione il senatore prof. Leonardo Bianchi; sono stati eletti vice-presidenti il prof. Burci ed il dott. Cornelli; segretario generale il dott. De Nicola Ignazio e segretario della Presidenza il professore Tanturri.

È stata designata come sede del prossimo Congresso la città di Palermo.

Tariffe medico-legali.

La Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici, al V° Congresso Federale, testè convocato a Roma, annunciò imminente la presentazione del progetto di legge per la modificazione delle tariffe medico-legali per perizie giudiziarie.

L'annuncio dato allora è confermato dal telegramma seguente:

«Prof. Luigi Silvagni — Bologna.

«Assicuro avere testè presentato Camera Deputati progetto legge per riforma tariffa penale civile relativamente onorari periti indennità testimoni giurati. Cordiali saluti.

Guardasigilli: FERA».

Il progetto di legge sarà al più presto esaminato dalla Presidenza Federale, e, se possibile, comunicato agli Ordini per la parte che riguarda tutte le prestazioni mediche giudiziarie.

Associazione fra i medici-chirurgi liberi esercenti nella provincia di Roma.

Il Consiglio dell'Associazione fra i Medici-chirurgi liberi esercenti della Provincia di Roma, in seguito a numerosi reclami pervenuti sulle tassazioni della ricchezza mobile (esercizio professionale) fatto dall'Agente delle Imposte — tassazioni che non rispondono ad alcun criterio di equità e nemmeno forse assicurano all'Erario quanto questi potrebbe aspettarsi —, delibera di promuovere un'agitazione nella Classe e di svolgere azione diretta presso le varie Autorità preposte perchè

venga modificato l'attuale ordinamento in rapporto alle tassazioni istituendosi Commissioni composte di conoscitori e tecnici, con larga rappresentanza della Classe, le quali abbiano l'incarico non solo di esaminare eventuali reclami, ma di dare il loro parere all'Agente prima che questi compili le note di tassazioni.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Giunta del Consiglio Superiore di Sanità.

Nei giorni 13 e 14 hanno avuto luogo le riunioni della Giunta del Consiglio Superiore di Sanità, sotto la presidenza del senatore prof. Camillo Golgi, e con l'intervento di tutti i componenti.

Si cominciò col prendere in esame numerosi ricorsi avverso provvedimenti delle autorità provinciali riflettenti l'applicazione della legge ull'esercizio della farmacia 22 maggio 1913, n. 468. Fu rilevato, con un certo senso di conforto, che la sistemazione di tale importante ramo di servizio sanitario si va effettuando ovunque, sebbene a traverso non lievi difficoltà locali. Il Direttore generale della Sanità pubblica diede assicurazione che il Ministero terrà conto di ogni suggerimento della Giunta, tendente ad affrettare e facilitare il completamento della sistemazione delle farmacie.

In ordine al servizio medico e veterinario fu emesso provvedimento su varî ricorsi di Comuni contro determinazioni dell'Autorità competente, per stabilire la misura degli stipendi ad ufficiali sanitari, medici condotti e veterinari condotti. Fu rilevato che mercè l'impulso efficace della Direzione generale della Sanità pubblica si è conseguito un notevole miglioramento delle condizioni economiche del corpo sanitario comunale elevandone contemporaneamente le condizioni morali con l'abolizione delle condotte piene.

Sull'oggetto fu rilevato, che, mentre un anno fa solo tre provincie del Regno, Parma, Piacenza e Reggio Emilia, avevano trasformato tutte le condotte piene in libere, in quest'ultimo anno la condotta piena è stata già completamente abolita in altre 37 provincie ed in altre 12 il completamento della trasformazione è imminente; soltanto in 10 provincie si deve ancora provvedere per più Comuni; mancano i dati statistici concreti solo per 7 provincie.

Quanto alle condotte veterinarie si sta provvedendo e non si incontrano notevoli difficoltà.

Il Direttore generale ha poi informato la Giunta che sono in corso di istituzione stazioni sperimentali contro le malattie infettive del bestiame in Sicilia ed in Sardegna, più una filiale della Stazione presso l'Istituto Zootecnico di Biellà ed altra in Caserta, mentre una filiale della Stazione di Milano è in corso di impianto in Brescia.

Si è provveduto infine alla nomina di ufficio dei componenti del Consiglio di amministrazione del Collegio-Convitto per gli orfani dei sanitari in Perugia in applicazione dell'art. 18 dello Statuto, non che a vari ricorsi contro la validità della elezione di membri di Consigli dell'Ordine dei Farmacisti di Venezia e Porto Maurizio e dei Veterinari di Sassari.

SERVIZI SANITARI.

Nella sanità militare. — La Commissione incaricata dal Ministro della guerra di studiare il riordinamento dei servizi sanitari militari ha presentato, or è qualche tempo, la sua relazione.

Secondo tale relazione la funzione del nuovo Corpo Sanitario deve essere esplicata da un organo centrale e da organi periferici.

L'organo centrale prende il nome di Direzione centrale del Servizio sanitario militare, con a capo un direttore col grado di maggiore generale medico ed avrà in pari tempo funzioni amministrative, tecniche, medico-legali e ispettive. Quanto agli organi direttivi periferici, la funzione sarà dovuta alle attuali Direzioni di Sanità dei Comandi di Corpi d'Armata, ma a ciascuno di essi sarà aggiunto un igienista, mentre sarà diminuito il numero delle Commissioni di appello.

Degli ospedali militari saranno conservati soltanto quelli principali esistenti, elevando qualche infermeria importante al grado di ospedale succursale e chiamando a consulenza, ove occorra, direttori di cliniche e primari di ospedali civili.

La Scuola di Sanità Militare è conservata solo per gli ufficiali medici che vogliono darsi alla carriera militare e per quelli effettivi che debbono perfezionarsi in qualche ramo scientifico mediante corsi di integrazione e di cultura ed avrà la durata di sei mesi.

Sarà elevato il trattamento economico dell'ufficiale medico proponendo un'indennità professionale di L. 3000 per tutti oltre lo stipendio, ed almeno di L. 2000 per gli ufficiali superiori e generali, e di L. 3000 per tenenti e capitani.

Inoltre si è pensato anche ad abbassare il limite di età per l'avanzamento. Per il personale di assitenza ospedaliera e profilattico, un terzo almeno sarà costituito di militari di carriera appositamente arruolati ed istruiti.

Accanto agli infermieri professionisti verrà creato un corso di disinfettatori militari. L'organico previsto sarebbe formato di un maggior generale, di 3 brigadieri generali, di 21 colonnelli, di 80 tenenti colonnelli, di 180 maggiori, di 365 capitani e di 300 subalterni: in tutto 946 ufficiali medici.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8573) *Stipendio - Pagamento.* — Dott. G. B. da R. — La vedova del defunto collega ha diritto ad esigere lo stipendio per i quindici giorni di licenza di cui godette il marito. Altro non ha diritto di esigere sia perchè trattavasi di interino, sia perchè i due mesi furono trascorsi fuori servizio senza alcuna autorizzazione o intesa della Amministrazione municipale.

(8574) *Punizioni disciplinari - Ricorso.* — Dott. abbonato 12283. — Il ricorso cui allude va scritto su carta da bollo da lire 2. Non deve essere notificato e non ha effetto sospensivo come tutti i ricorsi amministrativi nei casi ordinarii.

(8577) *Cura dei poveri.* — Dott. L. F. da M. — Ancorchè la malattia sia stata causata da un abbiente, chi è inscritto nello elenco dei poveri ha sempre diritto alla cura gratuita.

(8578) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. L. da C. — Fino allo stipendio di lire 10,000, non vi è alcuna distinzione a fare per la concessione della indennità caro-viveri. Tutti i medici condotti vi hanno diritto qualunque stipendio percepiscano e qualunque sia la loro posizione giuridica. Non le complete indennità supplementare perchè le persone di famiglia a carico non superano il numero di quattro, come tassativamente prescrive l'articolo 3, capoverso ultimo, del Decreto Luogotenenziale 14 settembre 1918, n. 1314.

(8579) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato n. 3276. — Avendo un quarto figlio, ha diritto, a prescindere dallo stipendio che percepisce, alla indennità supplementare in base allo articolo 3° del D. L. 14 settembre 1918, n. 1314.

(8580) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato n. 351. — Per coloro che sono forniti di stipendio eguale o superiore alle lire 10,000 l'indennità caro-viveri è rappresentata dalla somma che, unita allo stipendio iniziale, forma lo stipendio accresciuto della indennità normale.

(8582) *Convenienze professionali.* — Dott. C. B. da M. — Dei fatti a noi esposti relativi al contegno che tengono verso di lei alcuni suoi colleghi molto più opportunamente deve informarne il Consiglio dell'Ordine della Provincia.

(8583) *Stabilità.* — Dott. abbonato n. 3401. — La provvisorietà e l'interinato, od anche i servizi prestati durante il periodo della guerra, non sono mai utili per l'acquisto della stabilità se non sono seguiti da nomina regolare fatta in base a concorso. Comprenderà facilmente che se fosse diversamente non si farebbero più concorsi.

(8584) *Sana e robusta costituzione.* — Dott. abbonato n. 12606. — Si può ben essere di sana e robusta costituzione ed avere una lesione permanente ad un ginocchio: la costituzione si ha dalla nacita: le imperfezioni fisiche si possono, invece, conseguire anche dopo. Se deve rilasciare un certificato di sana e robusta costituzione può farlo, se, invece, deve rilasciare un certificato di essere esente da imperfezioni fisiche, non può farlo, perchè la lesione costituisce, appunto, una imperfezione fisica.

(8585) *Competenze professionali.* — Dott. R. F. da G. — Se l'ospedale nella diaria che ha percepito ha compreso anche il compenso all'operatore, deve rivolgere la sua richiesta di compenso alla pia amministrazione. Se, per converso, non si è pagato all'ospedale che la semplice degenza, non v'ha dubbio che Ella abbia diritto a compenso da parte della famiglia o del Comune di origine o di soccorso dello infermo. Assodi tal circostanza e quando ne sia ben sicuro può citare l'una o l'altro innanzi l'ordinaria autorità giudiziaria.

(8587) *Servizio ostetrico - Obblighi del medico condotto.* — Dott. G. A. D. da B. — Il medico condotto è obbligato anche alle prestazioni ostetriche nei casi prescritti dal Regolamento, ma non alla assistenza dei parti normali, in luogo e vece della levatrice. Se compie tale assistenza deve essere pagato dal Comune, quando trattasi di persona o famiglia inscritta nello elenco dei poveri. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

BARLETTA (*Bari*). — Condotta per il terzo rione; L. 7350 e quattro quinquenni di L. 525; L. 1000 d'indennità di laurea; obbligo a turno di servizio gratuito notturno in apposito locale; altri obblighi, con retribuzione annua inferiore a L. 2500; servizio annuale a turno nella frazione di Montalbino con indennità di L. 500. Età limite 40 anni. Scad. 25 genn. Per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria municipale.

GUSSOLA (*Cremona*). — Condotta; L. 11,000 (lire 6500 indennità residenza, L. 2000 per i primi 1000 poveri, L. 1500 per mezzo trasporto, L. 500 quale uff. san.; L. 2 per ogni povero oltre il migliaio. Scad. 15 gennaio.

MARTINENGO (*Bergamo*). — Condotta; L. 6500 per 1000 poveri; addizionale di L. 250 per ogni 100 in più fino ai 2000, L. 400 per ogni 100 in più oltre i 2000. Scad. 15 gennaio.

MESTRE (*Venezia*). — A tutto 15 gennaio condotte I e II Reparto. L. 6000 per 500 famiglie povere; tre quinquenni del decimo; L. 5 per ogni famiglia in più; L. 800 indennità (provvisoria) di malaria; L. 1800 per mezzo di trasporto; caro-viveri. Età 25-44 anni, salvo, ecc. Ove gli eletti non assumano il posto nel termine che verrà loro indicato nella partecipazione di nomina, saranno senz'altro dichiarati dimissionari.

PORDENONE (*Udine*). — Condotta frazione Torre; circa 4000 ab. Scad. 25 gennaio. Stipendio L. 6500; indennità cavallo L. 2000; L. 1 per ogni povero oltre i 1500; caro-viveri giusta D. L. 9 marzo 1919, n. 338; aumento del 25 % sullo stipendio attuale e una seconda indennità di caro-viveri in corso di approvazione; tre aumenti quinquennali. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria municipale.

Il comune di Tavenna (Campobasso) cerca interino con probabilità di nomina stabile. Paese riunito, abitanti 2500, stazione ferroviaria Termoli o Montenero. Servizio automobilistico e di corriera. Per schiarimenti rivolgersi al dott. Suriano Angelo in Pianiga, prov. Venezia.

Diffide.

Nuove diffide: Consorzio medico Cesara-Nonnio-Arola (Novara), Mercato Saraceno (Forlì), Berna reggio (Milano).

Revoca di diffide: Saludecio (Forlì), S. Vito al Tagliamento (Udine).

ALBO D'ORO.

Il prof. Alfonso Neuschüler, assessore per l'Igiene nel Comune di Roma, con recente decreto è stato insignito di una nuova Croce di guerra, in considerazione delle sue altre benemerenze acquistate durante il servizio prestato in zona di operazioni.

PAROLE DI GRATITUDINE.

Pochissimi abbonati al «Policlinico» hanno defezionato, malgrado l'aumento che, per ragioni amministrative imprescindibili, siamo stati costretti a portare nel prezzo del giornale. Le disdette si mantengono in limiti normalissimi.

Diremo di più: le reclute nuove che di continuo affluiscono a noi, non soltanto hanno colmato i rari vuoti prodottisi nelle compatte file dei vecchi abbonati, ma hanno già portato un ulteriore e imprevisto incremento nel numero totale degli abbonamenti.

Le nostre previsioni più ottimistiche vengono, per tal modo, superate.

Ne siamo doppiamente grati ai nostri abbonati, in quanto che essi hanno dato una prova di fiducia nella lealtà dell'amministrazione che non era assolutamente in grado di portare un aumento minore senza andare incontro a una passività o ridurre la mole dei fascicoli; e, al tempo stesso, hanno confermato il loro attaccamento al giornale.

I nostri lettori non potevano non rendersi conto che l'aumento di prezzo è stato solo formale ed apparente, molto inferiore allo svalutamento del denaro e sovratutto ai formidabili rincari della carta e della mano d'opera tipografica. In realtà si è avuta una diminuzione di prezzo!

La maggioranza dei medici italiani non rinunzierebbe al «Policlinico» per una ragione così inconsistente ed illusoria, quale è un aumento nominativo nel prezzo di abbonamento.

Il grandioso successo del «Policlinico», che si afferma e si consolida in questa occasione, mentre costituisce un motivo di legittimo compiacimento per la famiglia redazionale, a cui il giornale è affidato, la indurrà a consacrarvi cure sempre maggiori.

In questi giorni ci sono pervenute molte lettere significative dai nostri abbonati, i quali ci esprimono un plauso incondizionato o appena temperato da critiche blande e benevole. Coloro che ci abbandonano — in numero esiguo — lo fanno quasi tutti a malincuore: alcuni anzi ci hanno riservato il compiacimento di vederli ritornare subito a noi.

Tra le lettere ricevute ci sia permesso di pubblicarne una, che vale forse per tutte. Il dottor Guido Maggia da Biella (via Umberto I, 94) ci scrive:

« Con mia cartolina del 28 novembre u. s. io di-
« sdissi l'abbonamento al «Policlinico» per il 1921.
« Ora, pensando che *resterei privo di una vera gui-*
« *da di studio e di lavoro, che avevo sempre avuto*
« *dalla sua fondazione*, mando vaglia per rinnova-
« zione dell'abbonamento pel nuovo anno, con pre-
« ghiera di prenderne nota e di *non sospendere*
« *l'invio del giornale* ».

Ci riserviamo di dar corso ad altre lettere in uno dei prossimi numeri.

Intanto, in nome della redazione e nostro, abbiamo sentito il bisogno di esprimere i nostri sensi cordialissimi di riconoscenza agli amici vecchi e nuovi, che ci sono così larghi di simpatia e di appoggio.

L'Amministrazione.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale per la nomenclatura e la statistica delle malattie.

Su richiesta della *Lega delle Società di Croce Rossa* (*Ginevra*) il Governo Francese ha invitato tutte le Nazioni a farsi rappresentare a Parigi alla Sessione della Commissione Internazionale per la revisione della nomenclatura delle malattie, onde rivedere ed eventualmente introdurre nella Convenzione vigente le modificazioni rese necessarie dal progresso della scienza e dallo sviluppo della vita sociale.

Quarantadue Governi hanno risposto all'appello. Alleati e nemici di ieri si incontrarono per la prima volta dopo la guerra per discutere di problemi scientifici.

Il Congresso fu inaugurato da Breton, Ministro dell'Igiene in Francia; seguirono discussioni animatissime e furono prese importanti deliberazioni. La nuova nomenclatura delle malattie, da servire di base alle statistiche, è andata in vigore in tutti i paesi col 1° gennaio 1921.

I Congresso Nazionale per le Industrie sanitarie.

Sarà ultimata fra breve la stampa degli «Atti del Primo Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie», la cui pubblicazione venne ritardata per una serie di circostanze del tutto indipendenti dalla volontà degli organizzatori.

Il volume verrà inviato gratuitamente a tutti i congressisti; esso sarà posto in vendita per il pubblico a L. 15; però sarà ceduto (oltre la copia gratuita) a L. 8, vale a dire all'incirca al prezzo del costo, ai Congressisti regolarmente inscritti, ed a tutti i benemeriti che contribuirono a finanziare il Congresso.

L'eventuale incasso ottenuto dalla vendita del volume andrà a far parte dei fondi necessarî per il funzionamento della «Commissione Permanente», specie perchè questa deve partecipare, per quanto più è possibile, al finanziamento dei Congressi futuri e in particolare del prossimo che, in conformità alle deliberazioni prese da quello precedente, sarà tenuto a Parma.

Qualora interessasse ai Congressisti di avere degli «estratti» di qualche loro memoria compresa negli «Atti» essi sono ancora in tempo per rivolgersi alla «Unione Tipografica» (Corso Romana, 98, Milano) e trattare direttamente.

Per le informazioni rivolgersi alla sede del Comitato Esecutivo in Milano, Via S. Paolo, 10.

Congresso Internazionale di Psicoanalisi.

Il VI Congresso dell'Associazione Internazionale per la Psicoanalisi si è tenuto dall'8 all'11 settembre 1920, all'Aja; vi parteciparono circa 130 congressisti; presiedeva il dott. Ferenczi di Budapest; Freud descrisse le sue ultime ricerche sull'interpretazione dei sogni. Il venturo Congresso si adunerà nel 1921 a Berlino.

Esposizione d' Igiene a Monaco.

Nel Principato di Monaco è stata organizzata un'*Esposizione di Climatologia e d'Igiene* alla quale l'Italia partecipa ufficialmente, cooperando al-

l'organizzazione scientifica e igienica dei luoghi di cura e di soggiorno delle nazioni alleate.

L'esposizione è la continuazione del Congresso interalleato (tenuto nella primavera dello scorso anno, dal 15 al 24 aprile), che comprendeva le sezioni: *Idrologio; Città d'Acque; Igiene e Climatologia*: *Talassoterapia*.

L'esposizione di Monaco ha una sezione destinata all'Italia, organizzata dal *Touring Club Italiano*.

Essa occupa alcune sale del palazzo del principe, nella città di Monaco, e un padiglione che sorge sulla terrazza dello Stabilimento delle Terme a Montecarlo; il padiglione è occupato per intero da una mostra delle Ferrovie dello Stato.

Il 20 dicembre ebbe luogo l'inaugurazione della Sezione italiana. Parlarono il ministro di Stato, on. Lebourdon, e il delegato del Governo italiano, sen. Sanarelli. L'Italia era anche rappresentata dal direttore generale delle Ferrovie dello Stato, dal direttore generale delle Dogane e da altre spiccate personalità. Il sen. Sanarelli rilevò che la pace deve segnare l'inizio di un'êra di lavoro, di concordia e di disciplina e che l'Italia saprà mettere in valore la sue copiose e molteplici ricchezze naturali, di cui la Mostra monegasca illustra un ristretto campo, quello delle città d'acque e del turismo; rilevò con fierezza e con compiacimento come due reparti della Mostra siano riservati alla provincie redente, Venezia Giulia e Venezia Tridentina.

Prossimamente verranno inaugurate la Sezione monegasca ed alcuni reparti della Mostra francese.

Coloro che desiderano informazioni per visitare l'esposizione, si rivolgano alla sede del *Touring Club* in Milano, Corso Italia, n. 10.

Nel giornalismo scientifico.

Si è pubblicato il 1° fascicolo di «Ricerche di Morfologia», a cura del prof. Riccardo Versari, direttore del R. Istituto Anatomico di Roma.

Questa pubblicazione continua le «Ricerche fatte nel Laboratorio di Anatomia Normale della R. Università di Roma e in altri Laboratori biologici», che vanta una tradizione di quasi mezzo secolo: era stato fondato nel 1873 dal prof. Todaro.

Il fascicolo, in-8 gr., di pag. 128, in magnifica veste tipografica, corredato di sei tavole e di figure, contiene la commemorazione integrale del compianto sen. Todaro, fatta dal Versari, ed una serie di cinque memorie pregevoli dovute a Dorello, Dentici, Luna, Cattaneo, Artom C.

La pubblicazione onora la scienza ad un tempo e l'arte tipografica italiana. Viene edita dall'Amministrazione del «Policlinico».

Formuliamo cordiali auguri per una crescente affermazione di essa.

In onore del prof. Queirolo.

Nei primi mesi del 1921 verrà inaugurato, in Pisa, il nuovo Istituto di Clinica Medica Generale della R. Università, dovuto allo spirito iniziatore del sen. G. B. Queirolo In tale occasione i vecchi discepoli di Genova, congiunti agli allievi di Pisa e a molti amici ed ammiratori, hanno deliberata una Fondazione perpetua, intitolata a G. B. Queirolo, che assicuri, presso la nuova Clinica, la presenza di un giovane medico, il quale nell'anno della sua educazione post-universitaria, e dopo, sia l'esponente delle intenzioni dei sottoscrittori: servire l'idea che riuniva in un consenso affettuoso, quasi famigliare, vecchi e giovani figli dei due gloriosi Studi di Genova e di Pisa, per far vivere in un'opera perpetua i moniti di vita austera, provvida e generosa del Maestro insigne.

Il Comitato d'onore è presieduto dal sen. Maragliano. Presidente del Comitato esecutivo è il professore Devoto; presidente del Comitato pisano è il prof. G. Mazza.

Le adesioni e le sottoscrizioni si dirigano al Cassiere generale, prof. A. Barlocco (Genova, Istituto Clinica medica), o al Cassiere del Comitato locale di Pisa, prof. M. Nissim.

In onore di un medico francese.

Il Municipio di Bucarest ha cambiato il nome di una strada in onore del dott. J. Clunet, che si consacrò per anni alla lotta contro le epidemie in Rumania, in specie a Jassig, ove egli promosse efficacemente la fondazione di un ospedale; in questa città è seppellito.

Discorso inaugurale.

Il prof. Camillo Negro ha svolto, nel suo discorso inaugurale all'Università di Torino, il tema: «Neuropatologia di guerra». Egli ha posto in evidenza la nozione che a provocare le varie sindromi nervose sono, per solito, insufficienti le vicissitudini della guerra, ma occorre una predisposizione originaria; i colpiti poterono essere in grandissima parte guariti, mediante le premurose e sollecite cure prestate loro dai medici. L.O. ha incidentalmente osservato che la larga distribuzione e somministrazione di siero preventivo ha debellato il tetano, che nei primi mesi della guerra aveva assunto proporzioni inquietanti; contro le manifestazioni della malattia l'O. ha ideato un'applicazione delle correnti elettriche, la quale giova a sopprimerle. La percentuale di simulatori fu relativamente scarsa; e siccome la simulazione rivela per lo più uno stato di debolezza mentale o di vera degenerazione, il fatto è indice della salute psichica del nostro popolo.

Conferenze d'igiene.

La «Reale Società Italiana d'Igiene» di Milano, presieduta dal prof. Icilio Boni, ha organizzato un ciclo di conferenze d'igiene e di riunioni tra i soci per discutere argomenti d'igiene d'interesse generale.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

La Facoltà Medica di Vienna ha organizzato una serie di corsi di perfezionamento per medici pratici. Il primo corso di medicina interna e zone limitrofe, con speciale riguardo alla terapia, avrà luogo dal 7 al 19 febbraio.

Il programma include i seguenti insegnamenti: cardio-angiologia, gastro-enterologia, nefriti, tubercolosi, malattie del ricambio ed endocrinologia, malattie del sangue, malattie del fegato, malattie nervose e temi speciali, del corpo insegnante fanno parte molti maestri di valore: Wenckenbach, Eppinger, Sternberg, Falta, Economo, Wagner-Jauregg, Tandler, Jagic, ecc. Tassa 1000 corone. L'Ufficio dei corsi di perfezionamento ha sede a Vienna IX, Frankgasse 8; per informazioni relative sugli alloggi rivolgersi alla redazione della *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Vienna IX, Porzellangasse 22.

Ulteriori corsi di perfezionamento si terranno in giugno, settembre (speciale per medici rurali) e dicembre.

L'ortopedia materia obbligatoria.

In seguito ai voti espressi dalla Società Italiana di Ortopedia e dalle Facoltà di Roma, Bologna e Torino, su parere del C. S. della P. I., il ministro della P. I. ha adottato una mezza misura: ha stabilito cioè che l'insegnamento della clinica ortopedica sia obbligatorio per frequenza, ma non ne è fatto obbligo di esami per conseguire la laurea.

Gli stipendi dei professori universitari.

In Austria sono stati portati a 14 mila e 26 mila corone, secondo che si tratti di straordinari od ordinari; è da aggiungervi un' indennità di caro-viveri che va da 21 a 36 mila corone per i professori ordinari e da 14 a 24 mila corone per i professori straordinari. Inoltre una parte delle tasse degli studenti sarà devoluta ai professori.

***

Come abbiamo già annunziato, in Francia i professori universatari sono stati distinti in due classi, a seconda degli anni d'insegnamento. I professori di prima classe a Parigi hanno uno stipendio di Fr. 25 mila, quelli di seconda classe di Fr. 23 mila. Nelle Università di provincia i professori di prima classe hanno Fr. 23 mila e quelli di seconda classe Fr. 21 mila.

In Inghilterra lo stipendio dei professori universitari è stato portato a s. 21 mila.

All'Università di Londra.

La Fondazione Rockefeller, che ha per iscopo «di promuovere il benessere dell'umanità in qualsiasi parte del mondo» e le cui benemerenze sono a tutti note (attualmente è impegnata tra l'altro nella lotta contro la tubercolosi in Francia, contro la malaria negli Stati Americani del Sud, contro altre malattie epidemiche nel Brasile e in Austria, e sta creando un grandioso centro di ricerche mediche a Pechino), ha donato un grandioso istituto anatomico all'University College di Londra.

I promotori della donazione sono partiti dal concetto che l'insegnamento dell'anatomia è di fondamentale importanza per il medico pratico, ma che per essere veramente proficuo deve abbracciare tutti i nuovi rami di questa scienza: embriologia, embriogenia sperimentale, anatomia radiologica, fisioanatomia del sistema nervoso, ecc., ed essere essenzialmente dimostrativo.

Direttore dell'Istituto anatomico di Londra è G. Elliot Smith.

Un Istituto actinoterapico a Napoli.

Il prof. Rodolfo Stanziale ha preso l'iniziativa di fondare a Napoli un Istituto foto-radio-terapico, chiedendo il concorso di Enti e di generosi. La sottoscrizione, iniziata dallo Stanziale con lire 5000, ha raggiunto la somma di L. 200.000, grazie al concorso generoso della Provincia, del Comune, di Banche, di commercianti, di medici, ecc.; ma occorrerebbe poter moltiplicare questa somma. Chi volesse concorrere può indirizzare le offerte al prof. Stanziale, Via Roma 368, Napoli.

Nuovo dispensario antitubercolare a Milano.

È stato aperto in Milano un nuovo Dispensario antitubercolare comunale, in via S. Vittore, 32; potranno accedervi i tubercolosi e le loro famiglie appartenenti al mandamento terzo.

Il Dispensario centrale di via Statuto, 7, attende ai mandamenti 1, 5, 6 e 7; mentre i mandamenti 2, 4 e 8 convergono verso il Dispensario dell'Associazione Milanese contro la tubercolosi in via Bergamini.

Istituto per la biologia delle razze.

Il Governo Svedese ha approvato un progetto per la fondazione di un Istituto sulla biologia delle razze umane ed ha incaricato la Facoltà Medica di Stoccolma di provvedere all'esecuzione del progetto. La Facoltà ha nominato all'uopo una Commissione, composta dei proff. Müller, Johansson, Lennmalm e Gadelius, titolari delle cattedre di anatomia, fisiologia, neurologia e psichiatria, rispettivamente.

(*Journal A. M. A.*)

Nuovo ospedale per bambini nel Messico.

Al Messico è stato costruito un ospedale per bambini che sarà mantenuto in parte dallo Stato e in parte da carità privata.

Riceverà una percentuale dei profitti derivanti da lotterie nazionali, che, abolite dal precedente governo, sono state ristabilite con alcune restrizioni.

Sono già stati fatti parecchi donativi di oggetti necessarii per il nuovo ospedale.

Donazione.

La sig.ª Itala Cremona, vedova del compianto prof. Vincenzo Cozzolino, ha donato alla Clinica oto-rino-laringoiatrica di Napoli, che fu fondata dal Cozzolino ed è ora diretta dal Gradenigo, una raccolta anatomica e di materiale didattico, di proprietà dell'estinto. Il dott. Luigi Perozzi, nipote del Cozzolino, che fu autore di molti preparati anatomici e di molti quadri, ha donato alla stessa Clinica una raccolta di negative fotografiche, utilissime per proiezioni.

La rubrica della beneficenza.

Il conte comm. Materazzo, un italiano che nel Brasile ha conquistato una splendida posizione, ha offerto tre milioni di lire per l'ampliamento dell'Ospedale Italiano di San Paulo (Brasile).

L'industriale Graziano Appiani, cavaliere del lavoro ed ex-deputato, è morto a Treviso lasciando 200.000 lire in beneficenza.

Il comm. Jean de Fernex, nella ricorrenza delle nozze d'oro dei suoceri dott. G. B. Casati e Carolina Ceresole di Torino, ha elargite 50,000 lire all'Opera di prevenzione antitubercolare infantile.

La Croce Rossa Italiana per Fiume.

In conformità degli accordi intervenuti fra l'on. Ministro della guerra e l'on. Presidente generale della Croce Rossa Italiana, partirono subito per Trieste e si misero a disposizione del generale Caviglia, i seguenti ufficiali chirurghi della Croce Rossa Italiana, alcuni dei quali sono accompagnati dai propri assistenti: prof. Enrico Burci, professor Bartolo Nigrisoli, prof. Baldo Rossi, dottor Torquato Sironi, prof. Nicola Giannettasio.

Partì da Roma per Fiume il personale direttivo e di assistenza dell'ospedale n. 65 (100 letti): prof. Raffaele Bastianelli, prof. Guido Giannuzzi, dott. Vittorio Puccinelli, dott. Piero Caccialupi, dott. Enrico Caccialupi, dott. Enrico Bardellini, ufficiale di amministrazione sottot. Lamberto Caniggia, varie infermiere volontarie.

È anche partito da Treviso tutto il materiale dell'ospedale n. 65, di 100 letti, affidato alle cure del commissario Lelio Bressan.

È altresì partito per Fiume il colonn. prof. Vincenzo Morini, delegato straordinario della Presidenza della C. R. I. per gli approvvigionamenti per la città di Fiume.

Chinino di Stato.

Con D. R. n. 1676 viene disposto il passaggio dei servizi di fabbricazione e preparazione del chinino di Stato della Farmacia Centrale Militare di Torino alla diretta dipendenza dell'Amministrazione delle Finanze.

La peste a Parigi.

Il Consiglio Municipale di Parigi si è riunito in seduta a porte chiuse per considerare la situazione della città a proposito della peste che ha fatto la sua apparizione nei sobborghi di Parigi. Il Prefetto di polizia, interrogato in proposito durante la seduta da una Commissione parlamentare, ha dichiarato che il numero accertato dei casi non ha superato le 150 vittime in questi ultimi quattro mesi. La malattia è totalmente importata dai profughi ebrei polacchi e russi, che raggiungono alcune migliaia. Il male è già stato circoscritto, e le colonie di profughi sono chiuse da un rigoroso cordone sanitario.

L'igiene dentaria nelle scuole francesi.

Il Senato francese ha rinviato ad una speciale Commissione, incaricata dell'esame d'una proposta di legge tendente a modificare la legge 15 febbraio 1902 sulla protezione della salute pubblica, la seguente proposta relativa all'igiene dentaria nelle scuole primarie:

Articolo unico. — È istituito, in tutte le scuole primarie pubbliche come complemento all'ispezione medica, un servizio speciale d'ispezione e cura dentaria.

Campagna antimalarica nella Spagna.

Come risultato di una relazione del dott. Richard P. Strong, generale medico, direttore della Lega delle Società della C. R., la C. R. Spagnuola ha intrapreso una campagna antimalarica nella Spagna.

L'esecuzione del piano è stata grandemente facilitata dalla generosità della C. R. Americana (capitolo di Madrid), i cui fondi cospicui residuati dalla guerra sono stati messi a disposizione della Lega.

La Commissione è diretta dal prof. Massimo Sella, coadiuvato dal prof. Giuseppe Pittaluga.

Verrà applicato largamente il metodo del dottor Antonino Pais. Il Pittaluga si è recato in missione in Italia per rendersi esatto conto delle basi della tecnica e dei risultati del metodo.

La campagna comincerà ad essere intrapresa nella Camarca, la provincia più malarica della Spagna.

La mortalità in Russia.

Il Commissario bolscevico della salute pubblica ha comunicato le seguenti cifre:

Numero dei morti su ogni 1000 abitanti: nel 1911, 21 ½; nel 1918, 43 ½; nel 1919, 75.

Numero dei nati su ogni 1000 abitanti: nel 1911, 29 ½; nel 1918, 15; nel 1919, 13.

Massacro di medici armeni.

L'Unione dei medici armeni pubblica un opuscolo nel quale, dopo aver mostrato che i medici turchi organizzarono le deportazioni di migliaia e migliaia di armeni di ogni età e sesso, partecipando ai massacri, specialmente di molti loro colleghi armeni (*sic*), riporta un elenco nominativo dei principali medici colpevoli che hanno partecipato ad assassinî ordinati freddamente, sevizie, violenze, esperienze praticate su sani con un preteso vaccino di tifo esantematico, ecc. Si ebbero 67 medici armeni massacrati e 52 morti di tifo esantematico: 54 farmacisti e 10 dentisti massacrati, ecc.: totale 221 membri del corpo sanitario. Si aggiungono parecchi medici greci che ne divisero la sorte.

Molti medici armeni dovrebbero la loro salvezza al fatto di essere indispensabili all'esercito per il servizio sanitario, che era deficientissimo.

Medico centenario.

È stato festeggiato il centenario del dott. James Scarth Spence Logie, decano dei membri del corpo medico dell'Inghilterra.

Il Logie è nato a Kirkwall l'11 maggio 1820.

Egli è il primo medico inglese che abbia praticata l'anestesia al cloroformio, dopo una confe-

renza fatta da uno dei suoi maestri, il prof. sir James Simpson.

I membri del corpo medico di Orkney, il presidente dell'Università di Edimburgo, il presidente del Collegio reale dei chirurghi e l'Associazione medica inglese hanno felicitato il collega per aver dato al suo paese una così lunga vita di lavoro e di onore.

Il re gli ha diretto un telegramma di rallegramento.

Aspettando che i prezzi discendano.

Nell'Annuario storico statistico della città di Milano è pubblicato uno studio di Galletti sulle oscillazioni dei prezzi conseguenti alle guerre. L'A. constata che il ritorno approssimato alla norma dei prezzi nel 1815 si è avuta dopo undici anni; e nel 1870 (dopo la crisi del 1874) il ripristino della norma si ebbe solo nel 1888 cioè dopo 18 anni. Dato il diagramma del rialzo attuale dei prezzi (che hanno raggiunto il 430 %) se il ribasso seguisse colla stessa rapidità dell'ascesa, non potremmo ritornare alla norma che nel 1926, ma Galletti osserva che in genere per la discesa occorre un tempo triplo che per la ascesa.

Speriamo bene... (Dai *Pathologica*).

Il prof. ALFREDO FORTUNATI nacque a Spoleto il 28 marzo 1853 e si laureò a Roma in medicina e chirurgia il 30 giugno 1881. Poco tempo dopo fu nominato assistente alla cattedra di Farmacologia tenuta dal prof. Francesco Scalzi e fino da allora dimostrò attitudini didattiche, sostituendo il titolare nell'insegnamento e coadiuvandolo nelle ricerche di laboratorio. Nel 1894-95 fu assistente nell'Istituto di Clinica oculistica diretto dal compianto prof. Businelli e nel 1895 ottenne brillantemente per esame la libera docenza in Clinica oculistica e Patologia oculare. Da quell'epoca tenne senza interruzione nella Clinica oculistica il corso libero di Patologia oculare, frequentato da molti studenti, acquistandosi fama di insegnante chiaro ed efficace.

Fu di nuovo aiuto di Clinica oculistica dal 1898 al 1906, coadiuvando il Businelli nell'insegnamento e nelle operazioni, dimostrandosi abile operatore.

Durante questo periodo pubblicò molti lavori, fra i quali meritano di essere ricordati quelli sul *Trattamento chirurgico del tracoma*, sullo *Studio sperimentale della congiuntivité primaverile* e sul *Distacco di retina*. Per l'anno 1907 ebbe dalla Facoltà di Roma l'incarico ufficiale dell'insegnamento per la cattedra di Clinica oculistica.

Nella pratica privata esercitò la professione con nobiltà e sentimento.

È morto per polmonite influenzale il 23 dicembre 1920, lasciando nell'anima dei colleghi un senso di vuoto e di tristezza.

Ai nipoti che lo amavano come un padre sia di conforto sapere che l'Estinto godeva la stima e l'affetto dei colleghi e la fiducia illimitata dei clienti.

Dott. G. PUCCIONI.

Un male implacabile ha troncato la vita del prof. ALBERTO TONELLI, per quindici anni rettore dell'Università di Roma. Fu assertore tenace della città universitaria, il cui programma venne concretato in un provvedimento legislativo nel 1907 ed ebbe il principio della sua realizzazione di fatto nel 1912 con la posa della prima pietra dell'edifizio per la Clinica pediatrica.

Amministratore del Comune, durante la guerra spiegò opera alacre e fattiva per l'organizzazione civile, nonchè in varie istituzioni di beneficenza. Era circondato da vive simpatie e da larga estimazione. G.

È morto il prof. CARL TOLDT, che tenne la cattedra di anatomia umana a Vienna, poi a Praga e infine di nuovo a Vienna.

Lascia una serie di ricerche apprezzate di anatomia pura, di anatomia topografica, di istologia e di antropologia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

Anno XXVIII Roma, 17 Gennaio 1921 Fasc. 3

IL POLICLINICO

ANNO XXVIII — Roma, 17 Gennaio 1921 — Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. Istituto di Studi Superiori di Firenze - Clinica Pediatrica Chirurgica
diretta dal prof. sen. G. GATTI.

Della narcosi per gl'interventi operativi endorali nei bambini, in specie per le plastiche.

Dott. A. VETRI.

È notorio che fra i tanti interventi chirurgici le plastiche son di quelli che richiedono una speciale precisione di tecnica, al fine di ottenere il risultato migliore che sia possibile dal lato estetico ed, a seconda la sede, spesso anche dal dato funzionale; che alla precisione dell'atto operatorio concorrono e sul suo esito sommamente influiscono tre condizioni, del resto fondamentali per ogni intervento veramente corretto, ma che nelle plastiche è necessario siano osservate col massimo scrupolo: disinfezione del campo, emostasi ed immobilità dell'ammalato o almeno della parte operanda.

Relativamente alle plastiche entro la cavità orale, esse si riducono in pratica a quelle del palato duro e del velopendolo: uranoplastica, stafilorrafia. Ed invero le operazioni di labbro leporino (cheiloplastica), sia semplice che complicato a fessura del bordo alveolare, come le plastiche della guancia (meloplastica) interessano più propriamente il vestibolo della bocca anzi che la vera cavità orale, cioè la parte intradentaria.

Orbene, per ciò che concerne la disinfezione del campo operatorio negl'interventi endorali, essa si ottiene, per quanto è possibile, eliminando i catarri delle mucose, specie della naso-faringea, mediante collutori, pennellature, inalazioni; talvolta bisogna far precedere l'atto operativo principale da un'altra operazione preliminare: dall'asportazione delle ton-

sille o di ghiandole faringee ipertrofiche (vegetazioni adenoidi). Il materiale purulento difatti delle mucose infette, i microbi che nelle cripte del tessuto adenoide trovano ottimo ricettacolo, possono compromettere l'esito della plastica. Per la stessa ragione Broca (1), in tal genere d'operazioni, si preoccupa dei denti e se affetti da carie penetrante, ne consiglia la preventiva avulsione.

L'emostasi d'ordinario vien fatta colla semplice compressione, a mezzo di batuffoli montati.

Connessa alla pratica dell'emostasi va quella dell'anestesia negl'interventi endorali; in quanto che, in seguito all'anestesia completa, suole aversi totale perdita dei riflessi, rispettivamente del riflesso faringeo con pericolo di scolo sanguigno verso le vie aeree, specie nella giacitura supina comune, e quindi di qualche pneumonite *ab ingestis*: donde l'antica raccomandazione, per tale specie d'atti operativi, di non spingere troppo a fondo l'anestesia e cercar di evitare, così facendo, la perdita del riflesso faringeo; mentre d'altra parte, l'operatore, postosi di fronte all'ammalato, potrà sorvegliare e quindi dominare l'emorragia e lo scolo di sangue nelle vie aeree.

Deve pertanto riconoscersi il gran merito a Rose d'aver insegnato ad operare, tenendo il capo del paziente rivolto all'indietro e penzoloni fuori del tavolo operatorio (posizione di Rose); il sangue che per tal modo scola giù, lungo la volta palatina, verso l'arcata dentaria, viene a seguire una direzione opposta a quella delle vie aeree e permette l'anestesia completa, in decubito supino, senza pericolo di penetrazione di materiale nell'albero respiratorio.

Alquanto più complesso invece è il problema dell'anestesia nelle operazioni endorali, particolarmente pei bambini.

È risaputo l'uso frequente che fanno della cocaina, nelle operazioni, gli specialisti di malatie delle vie respiratorie superiori: con semplici applicazioni locali, a mezzo di pennellature ripetute o di batuffoli impregnati della soluzione anestetica e lasciati in contatto della mucosa per parecchi minuti, può raggiungersi un notevole grado d'insensibilità.

L'uso della cocaina va però, com'è noto, tutt'altro che esente di effetti tossici: mi piace in proposito accennare ad un caso di deviazione del setto nasale, operato da un distinto specialista nella Clinica Chirurgica Generale di Firenze, ed a cui ebbi ad assistere.

(1) BROCA. *Trattato di Chirurgia Infantile*.

Trattavasi di un uomo adulto, di condizioni generali discrete con organi circolatorî, respiratorî ed addominali allo stato normale. L'anestesia venne praticata coll'applicazione di batuffoli inzuppati d'una soluzione di cocaina al decimo e lasciati in posto, a contatto della mucosa, per circa 5 minuti.

Erano scorsi pochi minuti da che s'era cominciato ad operare, quando manifestaronsi gravissimi disturbi a carico delle funzioni respiratorie e circolatorie: respiro affannoso, con qualche pausa; bisogno d'aria, l'ammalato si lagnava dicendo di affogare; viso pallido, polso piccolo; presenti i riflessi pupillare e congiuntivale.

L'atto peratorio fu sospeso, non dissimulandosi il pericolo di perdere l'infermo, e si dovette ricorrere ad inalazioni di ossigeno, ad un'ampia aerazione della stanza, ad iniezioni ripetute di caffeina, a somministrazione di cognac. Peraltro dopo una diecina di minuti l'infermo si rimetteva e l'operazione potè completarsi, ma senza più uso d'anestetico.

In un altro caso, capitato allo stesso specialista e nella medesima Clinica, in persona d'una giovanetta, si ebbe, in seguito all'anestesia cocainica per applicazioni, esito letale da paralisi respiratoria: l'ammalata potè esser mantenuta in vita per circa tre ore sole e mediante la respirazione artificiale, continuata col cambio di assistenti.

Certo in pratica casi disgraziati come i sovraesposti non sono frequenti e le applicazioni locali di cocaina, negli atti operativi entro le cavità nasali o nella gola, sono piuttosto comuni; ma se, in ogni modo, l'uso della cocaina va fatto con prudenza generalmente parlando, appunto per il suo potere tossico, è necessario che il chirurgo, allorchè ha da trattare con bambini, stia, com'è naturale, molto più guardingo.

Del resto, a parte questi effetti tossici, non sempre l'anestesia cocainica, per semplice applicazione, dà, anche nei bambini, il grado d'anelgesia che se ne desidera. L'Ehrmann (1) si è occupato dell'argomento in occasione di 5 suoi interventi, con questo genere d'anestesia, in ragazzi da 6 a 14 anni. L'atto operativo consisteva in una stafilorrafia, dall'A. detta complementare perchè di compimento ad una pregressa operazione; in sostanza tale stafilorrafia si riduceva ad una semplice riunione della punta del velopendolo divisa in due. La soluzione di cocaina al decimo veniva applica-

(1) Riportato da Le Dentu nel *Trattato di Chirurgia* di Le Dentu e Delbet.

ta un po' prima dell'operazione e poi ancora 2-3 volte durante questa, a qualche minuto d'intervallo. Ed ecco in complesso i risultati secondo l'Ehrmann: la recentazione dei margini fessurali si può praticare senza destar alcuna sensibilità, il passaggio degli aghi pare un pò più doloroso; all'atto poi di annodare i fili, il paziente denota molta sofferenza. Da questi fatti il predetto chirurgo veniva alla conclusione che l'effetto analgesico della cocaina sul velo del palato non è che superficiale; e che quest'anestesia locale, mentre può riuscire in qualche caso di stafilorrafia parziale, non potrà mai supplire l'anestesia generale nell'urano-plastica, ove occorrono scollamenti dall'osso, o nella stafilorrafia propriamente detta, completa, in cui bisogna cruentare, sezionando tessuti muscolari.

Nè si può pensare alle iniezioni locali, per un insieme di difficoltà tecniche, di per sè stesse evidenti, massime per le plastiche sul palato duro e sovratutto trattandosi di bambini.

Quel ch'è stato detto della cocaina, vale su per giù per gli altri anestetici locali (stovaina, novocaina, perfrigerazione, ecc.) da cui non potrebbe sperarsi, negl'interventi di cui mi sto occupando, che un effetto analgesico superficiale.

Scartata dunque l'anestesia locale, specie per l'urano-plastica, non resta che la generale.

Il chirurgo potrebbe valersi, se si trattasse di soggetti avanti negli anni, di anestetici generali per via ipodermica, come il nuovo *Anesteticum* del dott. Braccio, di Milano, il quale in sostanza non è che una modificazione del ben noto H.M.C.: 2-3 iniezioni preventive del suddetto preparato bastano difatti per vederne seguire uno stato d'anestesia generale, sufficiente e talvolta anche completa, come ho potuto constatarla anch'io in un caso di mastoidotomia; mentre altre volte, per arrivare all'anestesia completa si è dovuto somministrare in sopraggiunta alcune gocce di cloroformio o di etere.

Ma l'*Anesteticum*, come l'H. M. C., essendo a base principalmente di ioscina e morfina, va limitato agli adulti e nei bambini non riuscirebbe privo di pericolo; per mie particolari indagini, posso dire che lo stesso dott. Braccio sconsiglia l'uso del suo preparato per individui sotto i 18 anni.

Nelle operazioni sulla testa e sulle altre vie respiratorie ha trovato ottimo impiego l'anestesia generale per la via del retto (1). Il metodo non è recente e già Pirogoff sin dal 1847 aveva avuto l'idea di somministrare l'etere per il retto. I primi esperimentatori però usarono etere liquido associato ad aria, poi ad ossigeno; ma l'etere in tal modo veniva ad esercitare un'azione irritante sull'intestino.

È recente invece, perchè fatta nel 1913, la proposta del Cumingham di mescolare l'etere con olio di oliva, appunto per ridurre al minimo gli effetti irritanti dell'etere sull'intestino. Quando la miscela introdotta nel retto, assume la temperatura del corpo, l'etere comincia a separarsi dall'olio e volatizzandosi passa lentamente nel sangue; si elimina per le vie respiratorie e difatti dopo già pochi minuti dalla sua introduzione è percettibile nel respiro. Non debbo io qui dilungarmi sui dettagli di tecnica di siffatta anestesia, mi preme soltanto rilevare che una volta compiuta l'operazione si procede al vuotamento dell'intestino con un lavaggio ad acqua saponata; in tal modo si elimina la miscela oleo-eterea residua.

Suttan (1) che ha fatto uno studio accurato sull'argomento, dà delle norme pratiche; e quando l'anestesia mostra effetti dannosi (perdita del riflesso palpebrale, disturbi respiratorî, un certo grado di cianosi, ecc.), consiglia di ritirare, appunto dal retto, quanto vi resta della miscela anestetica; e se ciò non bastasse per vedere scomparire i disturbi, raccomanda altri mezzi, come l'introduzione per la bocca di una cannula faringea o ancora respirazione artificiale, iniezione intravenosa di siero fisiologico. Altre volte al contrario l'anestesia non si ottiene completa; ed allora il Suttan consiglia di ricoprire il capo dell'ammalato con una pezzuola che, lasciata soltanto dinanzi alle narici ed alla bocca, impedisca per il resto la dispersione d'etere; anzi egli in certi casi riconosce la necessità, per potere ottenere l'anestesia completa, che sulla pezzuola si versino alcune gocce d'etere o di cloroformio.

L'iniezione intrarettale della miscela oleo-eterea suol essere preceduta da un trattamento preliminare: un'iniezione di morfina ed atropina, un suppositorio di cloroetone.

Il metodo è stato applicato largamente in America e non solo negli adulti, ma anche nei bambini, riducendo beninteso proporzionalmente in questi ultimi la dose di etere e facendo a meno del trattamento preliminare succennato. Così fra le osservazioni cliniche di Suttan una ve n'ha relativa ad un bambino di 10 anni circa, operato d'idrocele e di fimosi; un'altra riguarda una bambina di 9 anni, ope-

---

(1) *Presse Médicale*, 8 novembre 1917, n. 62, pag. 641; *Riforma Medica*, 1918, n. 21, pag. 436; *Annals of Surgery*, gennaio 1919.

(1) Vedi appresso.

rata d'asportazione di vegetazioni adenoidi e di amigdale.

Tra le indicazioni l'A. include le operazioni sulla testa, sul collo, sulle vie respiratorie. Io ho potuto constatare mirabili effetti anche in diecine di laparotomie ginecologiche e talvolta l'ammalata russava profondamente per tutto il tempo dell'atto operativo.

Non sono tuttavia mancate al metodo delle critiche ed assai vivaci. Il Flagg (1), pur riconoscendo all'anestesia per via rettale dei reali vantaggi, mette in dubbio, quando sortiscono effetti nocivi dall'iniezione intrarettale della miscela oleo-eterea, che possa sbarazzarsene facilmente con un'irrigazione completa del colon: manovra, secondo lui, più teorica che pratica; egli inoltre rimprovera al metodo la necessità non rara di ultimare la narcosi per altra via, ed in tal caso insiste sull'incertezza, in cui viene il chirurgo a trovarsi rispetto alla dose di anestetico (cloroformio od etere) che possa continuarsi a somministrare, ignorando in effetti quanto d'etere rimanga ancora nel retto; senza dire che il trattamento preliminare (morfina ed atropina, cloroetone) si dimostra frequentemente inefficace e non sempre privo d'inconvenienti, ciò che però non ha importanza nei bambini, dove, come si è detto, tale trattamento di regola va soppresso. Ma a parte queste critiche mosse dal Flagg al metodo, lo stesso Suttan (2), che lo esalta, fa delle riserve, avvertendo che lo si deve senz'altro scartare, oltre che nei casi in cui l'etere è di solito controindicato, come nei processi infiammatorî dell'apparato respiratorio, anche in diverse altre circostanze: lesioni del colon, emorroidi, fistole anali e in genere tutte le affezioni dell'estremo inferiore del tubo digerente; nonchè nei casi in cui il soggetto si lagna d'un vivo dolore rettale al momento dell'introduzione della miscela (iperestesia del retto).

Da quanto precede si può concludere che non sempre l'eteronarcosi per via rettale è applicabile e che quindi non sempre, specie nei bambini, è possibile servirsi di tale metodo per le plastiche endorali; tanto più che, per come si è accennato, occorre non di raro, durante la narcosi e quindi durante l'esecuzione dell'operazione, mantenere una pezzuola o una mascherina davanti alla bocca dell'ammalato.

(1) *The art of anesthesia*, p. 169, 174. Lippincott Company, editori, Filadelfia e Londra, 1916. — Presse Médicale, p. 555, 1917.

(2) Nel Trattato di Gwathmey, *Anesthesia*, pag. 445-446, Appleton e C. New York e Londres, 1914.

***

Di fronte dunque alle sovraesposte difficoltà ed inconvenienze, nei bambini, anche per le palatoplastiche come per quasi tutte le altre operazioni in genere, fa d'uopo ricorrere alla comune cloroformizzazione colla mascherina. L'uso di questa però, essendo evidentemente di ostacolo alle manovre operatorie, giuocoforza è che la cloroformizzazione venga eseguita con intervalli di pausa e su tal punto i chirurgi più eminenti son d'accordo. Così in proposito Le Dentu (1) scrive: « essa (la cloroformizzazione) *necessità d'interruzioni frequenti* durante l'esecuzione dell'operazione »; Bergmann (2): « si è d'accordo nel ritenere che l'operazione deve essere fatta nella narcosi cloroformica »... e continua: « *le pause imposte dalle esigenze della narcosi* vengono utilizzate per l'emostasi col tamponamento e colla compressione »; e Broca (3): « l'emostasi deve essere fatta a più riprese durante *gl'intervalli in cui si sospende la cloroformizzazione* ».

Concludendo, nelle palatoplastiche, dei bambini in ispece, si suole dapprima cloroformizzare il paziente come nei casi comuni, in decubito orizzontale supino; quando la narcosi si è raggiunta, si colloca la testa nella posizione di Rose, si apre la bocca, mantenendola così con uno dei tanti tipi d'apribocca e s'inizia l'operazione, continuando la narcosi, ma interrompendola di tratto in tratto; in quest'intervalli di tempo l'operatore manovra, mentre durante la somministrazione del narcotico si limita a fare l'emostasi colla compressione.

Ma se l'intermittenza della cloroformizzazione costituisce in questi interventi una necessità di tecnica, d'altra parte non si può negare che tale intermittenza abbia inconvenienti tutt'altro che di poco conto. E difatti non è rara l'eventualità che in un momento interessante dell'operazione (come il distacco dei lembi mucosi dalla volta ossea nell'uranoplastica, durante il quale l'operatore suol esser tutto intento a quel che esegue, sia per le difficoltà del distacco medesimo dalla superficie ossea del palato, ricca di rugosità, sia per il bisogno d'una preparazione accurata dei lembi, senza della quale potrebbe conseguire una mortificazione più o meno estesa di questi ultimi), in tal momento, dico, non è raro che il chirurgo debba venire interrotto e distratto dal suo lavoro per bisogno che si ha di somministrare altro narcotico. E se per caso la cloroformizzazione si sospende per un lasso di tempo un

(1) Loco citato.

(2) Trattato di Bergmann, Bruns e Mikulicz.

(3) Loco citato.

po' prolungato, non è difficile che l'ammalato frattanto si ridesti; ed allora si avrà la possibilità di vomito che inficierà il campo operatorio ed i conati di vomito richiameranno un maggior afflusso di sangue in gola, donde una più forte emorragia, favorita ancor di più da eventuali grida di pianto, se trattasi di bambini.

Infine colle alternative del somministrare e sospendere cloroformio, si termina col far prendere in genere agli operati una maggiore quantità di anestetico, il che non è indifferente certo, nei bambini sopratutto.

Sotto questo punto di vista alla cloroformizzazione interrotta è preferibile la cloroformizzazione continua; ma perchè dessa non ostacoli le manovre operatorie, è utile ricorrere a qualche ripiego modificatore della tecnica comune, abitualmente seguita.

Ricordo la vecchia pratica, a cui a tal fine è stato solito ricorrere negl'interventi sulle vie aeree superiori, cioè la tracheotomia preliminare, che effettivamente offre il doppio vantaggio di assicurare l'accesso dell'aria verso giù, nell'albero respiratorio, e di permettere il tamponamento, verso in su, del canale tracheale, per evitare scolo di materiale nei polmoni durante l'atto operatorio, nel caso in esame la palatoplastica.

Ma l'inconveniente della doppia operazione cruenta, specie nei bambini, è di un'evidenza tale che non vale la pena di soffermarmivi.

Modernamente, per operazioni che interessano la testa od il collo, gli americani, con il Connel a capo, hanno adottato, come metodi d'anestesia, l'insufflazione intralaringea o intratracheale e l'insufflazione endofaringea di etere (1).

Nel primo caso si fa arrivare l'anestetico in trachea attraverso una cannula introdotta per la via orale; si tratta in altri termini d'una intubazione. Anche Doyen (2) e più tardi F. Kuhn (3) han consigliato l'intubazione del laringe, mediante un tubo elastico messo in continuazione per un estremo con un imbuto di Trendelemburg, da cui si sprigionano vapori di cloroformio, mentre l'altro estremo, introdotto per via orale nel canale laringeo, ve li conduce.

Nell'insufflazione endofaringea invece il tubo conduttore è introdotto per la via nasale. Un dispositivo semplice, largamente usato in America, consisterebbe in un flacone d'etere, terminante ai due estremi a tubo; il flacone va

(1) Journal des Praticiens, 1918, n. 31 e 32; Presse Médicale, 24 settembre 1917, n. 5.
(2) Nel Trattato di Le Dentu e Delbet.
(3) Zentralbl. f. Chir. 1906, n. 26, pag. 723.

posto in una provetta riempita d'acqua calda (a circa 40°); dei due tubetti terminali uno comunica con un apparecchio soffietto graduato, l'altro s'innesta ad una sonda di cautchouc spinta in una delle narici: l'anestesia si mantiene mediante colpi di soffietto, con cui di tanto in tanto si spingono nel faringe vapori d'etere caldo insieme ad aria.

L'insufflazione intrafaringea, di manovra più semplice, sembra poter sostituire in circa tutti i casi quella intralaringea, la quale — secondo Luzoir (1) che riporta l'esposizione fatta dal Flagg dei varî metodi moderni di anestesia, così detti americani — se non presenta in realtà alcun inconveniente molto serio, almeno ripugna e non vale la pena di ricorrervi senza un'indicazione precisa.

L'insufflazione suddetta sarebbe indicata per Flagg nelle operazioni della testa e del collo, dove la prossimità eccessiva del narcotizzatore, facendo uso della comune maschera, oltre che riuscire d'impaccio, rischia di compromettere l'asepsi del campo operatorio.

Ma d'altra parte tale metodo non va esente di controindicazioni: esso per es., non è consigliabile, secondo anche lo stesso Flagg, oltre che nelle operazioni sul naso, in varie altre circostanze: nei casi di ostruzione nasale doppia, nei soggetti che soffrirebbero del passaggio di sonde per il naso e sovratutto nei soggetti di tenera età. Trattandosi poi di palatoplastiche, il tubo introdotto in gola, come fa osservare il Le Dentù, può dare ostacolo alle manovre operatorie, massime a quelle sul velopendolo. Inoltre quando si deve intervenire sul palato molle, si corre facilmente il rischio, coll'introduzione della sonda nel faringe attraverso la cavità nasale — la cui disinfezione non può essere che sempre relativa — d'infettare il campo operativo.

Riassumendo, l'insufflazione coi metodi americani non è sempre applicabile e non lo è nei bambini, in particolar modo quando si ha da intervenire sul palato molle.

***

Per le ragioni sovraesposte mi sembra utile, ai fini della pratica, riferire un processo semplicissimo di cloroformizzazione, che in questa Clinica Pedriatica Chirurgica si segue per le palatoplastiche.

Si adopera un comune apparecchio a soffietto, quello da termocauterio; senonchè la boccetta, solita di contenere benzina, contiene invece cloroformio, ed al tubo di gomma, a cui si suole attaccare il manico cavo del termocauterio, s'innesta invece una sottile cannula me-

(1) Presse Médicale, 1917, n. 53.

tallica leggermente curva o un comune catetere metallico, dal cui estremo libero fenestrato fuoriesce a lieve spruzzo il cloroformio, sprigionantesi dalla boccetta sotto i leggieri colpetti che s'imprimono al solito pallone di gomma.

Dapprima si cloroformizza regolarmente, coll'uso della comune mascherina e nel decubito supino ordinario; quando la narcosi completa è già ottenuta, si dispone il paziente come si suole per questo genere d'interventi: posizione di Rose, apertura della bocca ed applicazione d'un apribocca (preferito in questa Clinica l'apribocca di Whitehead); si continua indi la cloronarcosi, abbandonando la mascherina ed introducendo nella cavità orale la cannula metallica curva o catetere che sia, colla concavità della curvatura rivolta verso la lingua ed il cui estremo libero penetri fin verso l'istmo delle fauci: in tal modo i vapori del narcotico pervengono alle vie aeree superiori.

Come si vede, questo provvedimento si approssima all'insufflazione endofaringea degli americani; ma se ne distingue ed è di una tecnica molto più semplice, in quanto che la sonda non giunge a penetrare fin dentro, ma fin presso il cavo faringeo; nè essa attraversa, per arrivare a ciò, la fossa nasale, ma bensì una via più naturale e più agevole, la bocca.

Per esperienza sono in grado di affermare che le manovre compiute sul velopendolo, non sono per nulla ostacolate dalla sonda così introdotta, sia perchè questa si sceglie d'un calibro piccolo, sempre sufficiente al passaggio dei vapori di cloroformio, sia perchè viene a stabilirsi quasi un parallelismo tra la sua leggiera curvatura e quella della base linguale. Se invece si dovrà operare sul palato duro, la sonda potrà agevolmente accostarsi alla superficie della lingua, in modo da lasciare ancora più libera la volta palatina, cioè il campo operatorio.

In quanto ai risultati pratici posso parimenti affermare che una volta addormentato l'operando nella maniera consueta, usando la maschera, la narcosi può benissimo, con il suesposto procedimento, essere continuata senza interruzioni. Ricordo anzi, in proposito, un caso tipico: trattavasi di una stafilorrafia in un bambino di circa tre anni; la cloroformizzazione procedeva continuata, a mezzo della solita sonda a forma di catetere e già l'operazione svolgevasi in completa narcosi; ma, per distrazione del cloroformizzatore, fu sospesa per qualche minuto la somministrazione del narcotico e ci fu un momento, in cui il piccolo paziente stava per svegliarsi; bastarono 2-3 colpettini di soffietto, perch'egli ricadesse in sonno profondo. Nè la quantità di anestetico adoperato risulta complessivamente eccessiva: in questa Clinica, dove si accolgono bambini fino a 10 aani, la quantità di cloroformio consumato ordinariamente varia da 3 a 5 gr., compresa la dose somministrata da principio colla mascherina.

Inoltre viene a conseguirsi il vantaggio che i metodi d'anestesia per insufflazione in genere si propongono, cioè di tenere le mani del cloroformizzatore lontane dalla regione operanda. Colla narcosi ininterrotta intanto si riesce meglio ad evitare il vomito e quindi l'inficiamento del campo operativo. Infine evitando i conati di vomito, si elimina anche l'altro inconveniente di un maggior afflusso di sangue *in situ* e perciò d'una maggiore emorragia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE SAN GIOVANNI E DELLA CITTÀ DI TORINO
Sezione medica diretta dal prof. FORNACA.

Su di un caso d'avvelenamento da clorato potassico

per il dott. P. F. ZUCCOLA, assistente e docente.

Veniva ricoverata nell'ospedale un'ammalata per tentato suicidio mediante clorato potassico. Dal lato ematologico e per l'azione del sussidio terapeutico impiegato il caso merita di venire ricordato:

M... A..., anni 22. Il giorno 20 giugno verso le ore 21.30 ingerì in due riprese 60 pastiglie di clorato potassico (all'incirca sei grammi di sostanza). Nella notte non avvertì disturbi speciali, verso il mattino vago malessere, mentre i famigliari notavano che essa assumeva una evidente colorazione brunastra della cute, specialmente ai lobuli delle orecchie, al naso ed alle labbra. Il malessere andò rapidamente accentuandosi: ebbe ripetutamente vomiti, singhiozzo; più che dispnea, senso di grande difficoltà nella respirazione, cefalea intensa. L'alvo si fece diarroico con emissione di feci fortemente tinte in scuro, contemporaneamente la minzione si ridusse a poca cosa.

Ricovera all'ospedale il giorno 1° luglio (24 ore dopo l'ingestione del tossico).

E. O.: Colorazione della faccia e delle estremità intensamente violacea, quasi nerastra. Tinta delle sclere nettamente itterica. Non edemi. Coscienza integra.

La paziente è dispnoica (32 respiri al minuto primo), avverte una notevole difficoltà nella respirazione come se un peso la gravasse; il ritmo del respiro è irregolare, tendente al periodico.

Nulla di obbiettivo ai polmoni.

Cuore in limiti, toni oscuri ma puri. Polso molle, regolare, ritmico, frequenza 70 al m'.

Addome tumido, uniformemente dolente, non traccia di versamento libero. Non febbre.

Fegato: margine superiore alla 6ª, margine inferiore all'arco costale, non palpabile nelle profonde inspirazioni.

Milza in limiti.

Orine eliminate nelle prime 24 ore: cmc. 50 circa, dense, quasi vischiose, di colorazione nerastra. Densità 1027. Reazione alcalina, contengono abbondante albuminuria, urobilina in quantità, non indicano, tracce di sangue, non glucosio; nel sedimento: cilindri granulosi e ialini, cellule del rene in preda ad intensa degenerazione; elementi bianchi e rossi in quantità. L'esame spettroscopico svela la presenza di metaemoglobina. Urea 6 ‰. Le feci diarroiche sono di colorazione intensamente nera, contengono sangue e dànno pur esse la reazione della metaemoglobina.

Esame del sangue: il sangue che fuoriesce dalla puntura del dito, ha colorazione nerastra.

Emometria 40-45; globuli rossi 3.100.000; globuli bianchi 54.000; valore globulare 0,7.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 95 %, eosinofili 0; linfociti 4 %; mielociti 1 %.

All'esame dei preparati a fresco si riscontra: nessuna tendenza degli elementi a disporsi in pile, una notevole irregolarità nel contenuto emoglobinico dei singoli elementi ed una grande loro fragilità.

Anche col semplice esame a fresco, in numerose emazie, si riscontrano delle granulazioni (1-2 per elemento) ben distinte dalla massa protoplasmatica, che a fresco si colorano in viola più o meno intenso con una soluzione satura di violetto di metile in una soluzione al 0,6 % di NaCl; od in bleu-viola con una soluzione di metil-cresil-blau; mentre i preparati fissati e colorati col May Grünwald-Giemsa assumono una colorazione rossa tendente al viola, assai simile a quella assunta dalla restante porzione protoplasmatica. Queste granulazioni possono essere disposte centralmente, nel qual caso la porzione protoplasmatica circostante è quasi incolore, come se fosse rarefatta, o perifericamente; molte volte si assiste quasi all'espulsione di esse: parecchie si trovano libere qua e là nel campo microscopico. L'elemento che le contiene è più pallido della norma; se sono abbondanti la sostanza cromatica è ridottissima tanto che le emazie appaiono quasi come un'ombra; e mentre in alcuni elementi le granulazioni sono poco evidenti, quasi che la massa protoplasmatica in quel punto fosse solo un po' più abbondante e stesse per condensarsi, in altri assumono quasi l'aspetto di una formazione nucleare, sebbene in essi non si sia mai potuto riscontrare alcuna particolare struttura, nè alcuna caratteristica tintoriale.

Parecchie di queste granulazioni espulse vengono inglobate dai leucociti.

Per queste caratteristiche morfologiche tali granulazioni possono identificarsi a quelle descritte da parecchi AA. in casi di intossicazioni da veleni metaemoglobinizzanti e noti sotto il nome di corpi di Ehrlich-Heinz.

La percentuale loro nel primo esame praticato oscillava attorno al 23 per cento di eritrociti apparentemente normali.

All'esame dei preparati colorati non si nota una grande alterazione oltre a quelle già citate: grande fragilità degli elementi, leggera tendenza all'anisocitosi e qualche poichilocita.

Gli elementi a sostanza granulo-filamentosa si trovano nella percentuale del 2 % circa, sono rari i policromatofili: gli elementi nucleati non sono molto abbondanti: 0,77 %, questi presentano un nucleo picnotico a contorni più o meno regolari con nessuna tendenza alla divisione diretta, tutti hanno un protoplasma nettamente acidofilo.

Riguardo agli elementi della serie bianca non si devono fare osservazioni.

Coagulabilità notevolmente ritardata.

Il vomito è costituito da liquido mucoso contenente sangue nerastro.

Tenuto conto delle condizioni generali dell'ammalata, alle ore 11 dello stesso giorno si pratica una prima trasfusione endovenosa di 100 cmc. di sangue defibrinato ed alle ore 17 una seconda di 250 di sangue totale reso incoagulabile mediante l'aggiunta di una soluzione di citrato sodico.

Il giorno susseguente le condizioni dell'ammalata sono un po' migliori: soggettivamente si sente sollevata, è sempre intensa la colorazione nera della cute, la respirazione più facile; è diminuita la dispnea (28 al m'); il polso è sempre molle, frequente (88 al m'). È scomparso il vomito, permangono le scariche sanguigne, mucose. La colorazione itterica delle sclere si è fatta più intensa ed una tinta giallastra invade tutta la cute.

Fegato: il margine superiore è alla 6ª, l'inferiore deborda di due dita l'arco, è molle, leggermente dolente.

Milza: il margine superiore è alla VIII costa, l'inferiore all'arco: si palpa il polo inferiore, molle, globoso.

Le orine sono sempre scarse (150 cmc.) e le feci mantengono invariati i caratteri del giorno precedente.

Esame del sangue: Emometria 35-40; globuli rossi 3,200,000, globuli bianchi 50,000; valore globulare 0,6.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 92 %; polinucleati eosinofili 0; linfociti 6 %; promielociti 1%; mielociti 1%; corpi di Jolli 1%.

Il reperto microscopico non presenta variazioni dal precedente, solo una maggiore quantità di elementi ricchi di corpi di Ehrlich-Heinz (22 %). Maggiore tendenza all'anisocitosi; discreto aumento degli elementi a sostanza granulo-filamentosa (4 %). Normoblasti (1.3 %).

2 luglio. — Sono ricomparsi i vomiti ematici; è diminuita la colorazione oscura della cute e delle mucose, è aumentata la colorazione itterica. Subbiettivamente la paziente accusa nuovamente difficoltà nella respirazione, il respiro è frequente (36 al m'), irregolare.

Polso buono (110 al m').

Il fegato è invariato nei limiti, ma dolentissimo; la milza mantiene un volume costante. Le feci sono sempre nere. Orine scarse (120 cmc.) nere vischiose: il sedimento è costituito da emazie e da numerosi globuli bianchi, da abbondantissimi elementi del rene, numerosi sono i cilindri granulosi e ialini, alcuni costituiti quasi unicamente da elementi renali in preda ad intensa degenerazione granulo-grassosa. Urea 7.9 per mille.

Urobilina: reazione evidentissima.

Per la tendenza della crasi sanguigna a peggiorare, alle ore 9 si pratica una nuova trasfusione endovenosa di 250 cmc. di sangue reso incoagulabile mediante citrato sodico.

Esame del sangue (prima della trasfusione): emometria 30-35; globuli rossi 2,800,000; globuli bianchi 48,000; valore globulare 0.6.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 93 %; eosinofili-linfociti 5 %; mielociti 2 %; promielociti 1 %; corpi di Jolli 2 %.

Esame microscopico: L'esame a fresco dimostra ancora una più evidente fragilità degli elementi rossi; alcuni appaiono quasi frantumati, spezzettati; una grande differenza nella loro ricchezza emoglobinica e una spiccatia anisocitosi.

Gli elementi contenenti corpuscoli di Ehrlich-Heinz si sono fatti numerosissimi raggiungendo la percentuale del 28 %, e per quanto è possibile rilevare sembra pur aumentata la quantità di granulazioni libere od incorporate negli elementi bianchi.

I preparati colorati, oltre al confermare la grande fragilità degli elementi e la loro varia ricchezza emoglobinica, dimostrano ancora una tendenza all'aumento degli elementi a sostanza granulo-filamentosa (5 %) e la comparsa di una discreta quantità di elementi policromatofili. Scarsi sono gli elementi nucleati, tutti a carattere normoblastico (1.5 %).

3 luglio. — Le condizioni della paziente tendono nuovamente a migliorarsi, è diminuita la colorazione nera della cute e delle mucose, stazionaria è al contrario la colorazione itterica.

Fegato di volume invariato, un po' meno dolente; milza nei limiti soliti.

Permane la dispnea (28 al m'), il polso è un po' più frequente (98 al m'), abbastanza buono.

Le orine tendono a farsi un po' più chiare e sono meno dense: reazione alcalina, D. 1028; non contengono glucosio. Albumina 7 ‰. Reperto microscopico invariato. Le feci sono nere e contengono abbondante muco. Urobilina: reazione evidentissima. Urea 8.8 ‰.

Esame del sangue: emometria 30-35; globuli globulare 0.7.

Formula leucocitaria: polinucleati 91 %; eosinofili; linfociti 5 %; mielociti 3 %; promielociti 1 %; corpi di Jolli 4 %.

L'esame microscopico dei preparati a fresco dimostra minori le lesioni a carico de' vari elementi, una minore loro fragilità, pur avendosi sempre invariata l'anisocitosi ed una costante differenza nella ricchezza emoglobinica. Gli elementi a corpuscoli Ehrlich-Heinz sono sempre abbondanti (24 %), aumentati gli elementi a sostanza granulo-filamentosa (8 %) e gli elementi policromatofili. Compare qualche elemento punteggiato. Normoblasti 1.9 %.

Si pratica una nuova trasfusione endovenosa di 350 cmc. di sangue con citrato sodico.

4 luglio. — Continua il miglioramento dello stato generale, si rende sempre meno evidente la colorazione nera della cute e la colorazione itterica, sono scomparsi i vomiti.

Le feci sono notevolmente più chiare, più chiare si sono fatte le orine pur essendo sempre scarse (90 cmc. nelle 24 ore) e ricche di albumina (7.5 ‰). Nel sedimento si riscontrano abbondanti elementi bianchi, sono diminuiti i globuli rossi, numerose le cellule renali ed i cilindri granulosi e ialini. Urobilina sempre abbondante. Urea 6.8 ‰. Scompare il senso di ambascia e la dispnea (22 al m'), il polso è sempre frequente (104 al m'), abbastanza valido.

Il fegato tende a ridursi: il margine superiore è alla 5ª, l'inferiore deborda appena di un dito l'arco, è di consistenza inferiore alla norma, meno vivo il dolore provocato alla palpazione.

Esame del sangue: emometria 35; globuli rossi 2,400,000; globuli bianchi 36,000; valore globulare 0.7.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 86 %; eosinofili 1 %; linfociti 8 %; mielociti 3 %; promielociti 1 %; corpi di Jolli 3 %.

Elementi contenenti corpuscoli Ehrlich-Heinz 16 %. Elementi a sostanza granulo-filamentosa 9 %. La quantità degli elementi policromatofili si mantiene immutata; non si trovano elementi punteggiati. Normoblasti 1.2 %.

5 luglio. — Lo stato generale della paziente tende a peggiorare: avverte cefalea e disturbi della vista; ha frequenti epistassi e vomito sanguigno. La colorazione della cute e delle mucose si è fatta quasi normale, permane solo una leggera tinta giallognola delle sclere.

Le orine sono sempre scarse, hanno una tinta normale, contengono sempre abbondante albumina (6 ‰). Le feci scure sono ricche di sangue.

Esame del sangue: Emometria 35-40 %; globuli rossi 2,600,000; globuli bianchi 25,000; valore globulare 0.7.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 89 %; eosinofili; linfociti 3 %; mielociti 5 %; promielociti 3 %; corpi di Jolli 6 %.

L'esame microscopico del sangue rileva un miglioramento della crasi sanguigna. Le emazie incominciano a dimostrare una maggiore tendenza a disporsi in pile: e sebbene il contenuto emoglobinico dei singoli elementi sia ancora notevolmente differente, l'anisocitosi si riduce notevolmente. Gli elementi contenenti corpuscoli Ehrlich-Heinz sono in continua diminuzione (10 %), mentre le singole granulazioni sono assai più piccole, meno evidenti, tanto da apparire in molti elementi quasi come un semplice accumulo della massa protoplasmatica in un determinato punto; rarissimi sono quelli liberi, eccezionali quelli inglobati negli elementi bianchi.

La percentuale degli elementi a sostanza granulo-filamentosa raggiunge l'11 %. Gli elementi policromatofili tendono a diminuire. Normoblasti 0.9 %.

6 luglio. — Continuano i vomiti sanguigni, è nuovamente comparsa la dispnea (34 m') ed oggettivamente il senso di difficoltà del respiro. La tinta itterica delle sclere tende sempre a diminuire, è al contrario nuovamente aumentata la colorazione oscura della cute. Il polso è molle, regolare, ritmico, frequente (106 al m').

Le orine sono chiare, scarse (80 cmc.). Densità 1027, reazione acida, albumina 7 ‰, nel sedimento si riscontrano sempre abbondanti globuli bianchi, numerose cellule renali in preda ad intensa degenerazione, numerosi cilindri granulosi e ialini.

Le feci sono ancora di colore nerastro.

Esame del sangue: Emometria 35; globuli rossi 2,300,000; globuli bianchi 28,000; valore globulare 0.7.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 92 %; eosinofili; mielociti 3 %; linfociti 4 %; mieloblasti 1 %. Elementi contenenti corpuscoli Ehrlich-Heinz 12 %. Elementi a sostanza granulo-filamentosa 9 %.

Si pratica una nuova trasfusione endovenosa di 250-300 cmc. di sangue.

7 luglio. — Le condizioni generali sono un po' migliorate, la colorazione della cute e delle mucose è ritornato normale; la dispnea è diminuita d'intensità (24 al m'), scomparso il senso d'ambascia, il polso è un po' più valido, regolare, ritmico. Continua la cefalea; i vomiti sono sempre frequenti, non più sanguigni. Il fegato deborda ancora di un dito l'arco costale ed il marigne è palpabile, molle, indolente.

La milza è in limiti.

Le orine sono scarsissime (circa 60 cmc.), hanno perduto il carattere di vischiosità, albumina 6-7 ‰. Urea 5-7 ‰.

Esame del sangue: Emometria 40-45; globuli rossi 2,500,000; globuli bianchi 20,000; valore globulare 0.7.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 86 %; eosinofili; linfociti 7 %; mielociti 3 %; mieloblasti 3 %; promielociti 1 %.

Elementi a corpuscoli Ehrlich-Heinz 5 %; elementi a sostanza granulo-filamentosa 5 %. Sono scarsissimi i policromatofili: mancano elementi punteggiati. Corpi di Jolli 4 %.

8 luglio. — Le condizioni generali della paziente vanno peggiorando, la coscienza è obnubilata. Il polso è molle, irregolare, aritmico (92 al m'), la cefalea si è fatta intensissima. I vomiti sono sempre più insistenti, nuovamente sanguigni. Il respiro è irregolare, tendente al periodico (34 al m'). È leggermente aumentata la tinta itterica delle sclere e della cute. L'esame fisico non rileva alcuna complicazione a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio. Il fegato mantiene un volume invariato. La milza è in limiti. Le orine sono sempre scarse, nel sedimento si riscontrano abbondanti elementi renali e bianchi, numerosi cilindri granulosi e ialini; albumina 7.5 ‰. Le feci di colore scuro contengono abbondante sangue.

Esame del sangue: Emometria 35-40; globuli rossi 2,800.000; globuli bianchi 18,000; valore globulare 0.7.

Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 82 %; eosinofili; linfociti 10 %; promielociti 4 %; mielociti 3 %; mieloblasti 1 %.

Reperto microscopico: pochi elementi dimostrano ancora una fragilità esagerata; i corp. Ehrlich-Heinz sono scarsi (7 %) e non bene individualizzati; gli elementi a sostanza granulo-filamentosa 4 %; non si riscontrano più policromatofili.

L'ammalata muore il giorno 8 luglio in coma

Reperto necroscopico.

Nulla di particolare si osserva al cervello.

Aperta la cassa toracica si nota modica raccolta pleurica bilaterale, sulle pleure qualche piccola soffusione emorragica. Polmoni: edema acuto, leggero stato catarrale della mucosa bronchiale, arterie polmonari libere.

Cuore: Soffusioni emorragiche sul pericardio viscerale e parietale. Liquido pericardico sieroso limpido un po' più abbondante della norma. Miocardio flaccido, torbido, ostii valvolari normali.

Reni notevolmente più grandi della norma, pallidi, flaccidi. Capsula svolgibile. La sostanza protrude sulla superficie del taglio, manca una netta distinzione fra la sostanza midollare e la corticale, questa presenta una netta striatura giallastra.

Stomaco: La mucosa è intensamente iperemica, particolarmente in corrispondenza della regione pilorica, ove appare in alcuni punti ulcerata, in altri ricoperta da piccole soffusioni emorragiche. Iperemia con qualche emorragia della mucosa si riscontra in corrispondenza del duodeno e della prima porzione del tenue. Fegato leggermente aumentato di volume, flaccido, torbido; la bile è fluida, fortemente pigmentata.

Nulla al pancreas.

Milza: Non risulta aumentata di volume, la polpa è abbondante con apparato follicolare ben evidente.

Nulla ai genitali.

Il reperto microscopico del midollo osseo è quello di un midollo in grande attività neoformatrice. Vi si riscontrano abbondanti emocitoblasti, eritroblasti a protoplasma basofilo e policromatofilo, elementi nucleati a carattere di normociti e di megaloblasti. Per quanto riguarda gli elementi appartenenti alla serie bianca abbondantissimi sono i mieloblasti, i promielociti, i mielociti e metamielociti, con grande prevalenza di quelli a granulazioni neutrofili, relativamente scarse sono le forme eosinofili, non si poterono trovare elementi della serie mast-mielociti. Rarissime le cellule della serie monocitica. Abbondanti le cellule pigmentifere.

I preparati ottenuti con le strisce della polpa splenica mettono in evidenza una grande quantità di cellule globulifere e pigmentifere, qualche normoblasta ed abbondantissimi elementi bianchi polinucleati.

Il caso non mi è sembrato indegno di essere noto innanzi tutto dal lato terapeutico, risultando dal diario clinico abbastanza evidente l'utilità delle trasfusioni endovenose di sangue in quantità massiva nei casi di avvelenamenti acuti da sostanze fortemente emolitiche; utilità del resto già da me resa manifesta in una precedente nota su di un caso di avvelenamento da essenza di mirbano, nel quale i miglioramenti che si potevano osservare già poche ore dopo ogni trasfusione, riuscirono assai più fruttuosi che non nel presente, nel quale l'esito letale, anzi che imputarsi all'alterata crasi sanguigna, veniva determinato dalla sopravvenuta complicanza renale. Mi è sembrato anche non indegno di nota per il reperto ematologico che in questo, più che in quello, si manifestò in modo veramente notevole: voglio accennare alla presenza nelle emazie dei corpuscoli di Ehrlich-Heinz.

L'Heinz studiando le alterazioni sanguigne nelle anemie secondarie, ottenute sperimentalmente mediante veleni emolitici (pirodina), osservò nell'interno degli eritrociti la formazione di corpicciuoli (che egli chiamò *blau-koerper*)

ora centrali, ora eccentrici, bene individualizzati dal resto del protoplasma, e anche liberi, colorabili col violetto di metile in soluzione satura di NaCl al 0.6 %.

Formazioni simili trovò l'Hüber e l'Ehrlich in caso di avvelenamento da nitrobenzolo, se non che mentre il primo interpretava la loro formazione come dovuta ad una necrosi del protoplasma dei globuli rossi, il secondo la interpretò come un prodotto della trasformazione dell'emoglobina in metamoglobina: difatti con questa essi manterrebbero un carattere fortemente acidofilo.

Se non che col moltiplicarsi delle ricerche cessò l'accordo circa la loro eziologia e natura: basterà ricordare che se qualche A. volle interpretarli come equivalenti dei corpi di Jolli, in altri termini come formazioni d'origine nucleare, altri con Ehrlich (Friedstein, Schmauch, Schwalbe, Sulley) li ritennero piuttosto una modificazione identica a quella da lui descritta nelle gravi anemie col nome di corpi interni anemici, e costituiti da metaemoglobina. Qualcuno crede che anzidetti corpi siano preformati nel protoplasma cellulare delle emazie, con questa sola differenza, che mentre in condizioni normali la loro presenza non è dimostrabile o lo è ben difficilmente, in condizioni patologiche e per modificazioni chimiche essa si rende facilmente dimostrabile.

A questo concetto si avvicinerebbe Pappenheim, il quale crede che essi preesistano, pur non essendo normalmente colorabili coi mezzi vitali, come residuo ossicromatico del nucleo dell'eritroblasta, di modo che essi sarebbero una modificazione cromatica dell'eritrocito a carattere degenerativo.

Prendendo in esame quanto si è verificato nel nostro caso, e più precisamente raffrontando da una parte il modo di comportarsi degli elementi contenenti corpi di Ehrlich-Heinz con gli elementi a sostanza granulo-filamentosa, con corpi di Jolli e con granulazioni basofile e con gli elementi nucleati, mi sembra che qualche conclusione possa trarsi sulla natura dei primi.

Ed innanzi tutto occorrerà ricordare come la loro quantità abbia dimostrato una costante concordanza col grado di intossicazione generale clinicamente riscontrata. La maggiore quantità di tali elementi (23-28 %) difatti fu riscontrata proprio nei primi giorni della malattia, quando i fenomeni a carico di una imponente e rapida distruzione degli elementi rossi erano intensi: quando ancora il reperto sanguigno non dimostrava una evidente tendenza alla rigenerazione; difatti, di fronte alle cifre citate devono contrapporsi valori relativamente piccoli rappresentanti gli elementi nucleati (0.7 di normoblasti) o comunque di quelli che stanno a dimostrare una maggiore attività da parte del midollo: elementi a sostanza granulo-filamentosa (3-5 %) ed elementi con corpi di Jolli (1-2 %).

Contrariamente questi ultimi aumentano in un secondo periodo dell'avvelenamento, quando nella sua intensità si attenua e quando concordemente diminuisce la percentuale degli elementi a corpuscoli Ehrlich-Heinz. Vi sarebbero quindi, fra questi e gli altri, valori nettamente contrapposti: 24-13 % di elementi ricchi di corpi Ehrlich-Heinz di fronte al 4-11 % di quelli a sostanza granulo-filamentosa, 4-6 % con corpi di Jolli e 1.9 % di elementi nucleati.

Ed il fatto notato è in certo qual modo la ripetizione di quanto venne già da me notato nel caso di avvelenamento da mirbano e quanto esperimentalmente ho visto ripetersi, sebbene in grado molto meno evidente, in animali intossicati colla stessa sostanza.

Citerò senz'altro i valori allora osservati:

Nei primi giorni dell'avvelenamento si ebbero i seguenti valori:

1° Elementi Ehrlich-Heinz 38-32 %; globuli rossi nucleati 2-4 %; elementi a sostanza granulo-filamentosa 3-12 %;

2° Elementi Ehrlich-Heinz 16-21 %; globuli rossi nucleati 6 %; elementi a sostanza granulo-filamentosa 10-24 %;

3° Elementi Ehrlich-Heinz 0; 17-8 %; globuli rossi nucleati 5-3 %, elementi a sostanza granulo-filamentosa 27-20 %;

4° Elementi Ehrlich- Heinz; globuli rossi nucleati 3-1 %; elementi a sostanza granulo-filamentosa 12-3 %.

Sperimentalmente i risultati ottenuti furono altrettanto e forse più persuasivi poichè si poterono mettere in evidenza elementi Ehrlich-Heinz non solo negli animali nei quali si potè determinare una reale alterazione della crasi sanguigna, ma ancora in quelli che non reagirono con immissione in circolo di elementi neoformati e comunque immaturi. In genere la quantità di tali elementi anche in questo caso si dimostrò sempre in rapporto coll'intensità dell'avvelenamento indipendentemente dall'esservi o meno in circolo elementi nucleati ed elementi a sostanza granulo-filamentosa.

I quali fatti possono permetterci qualche conclusione.

Ed innanzi tutto mi sembra debba escludersi l'ipotesi che essi abbiano un'origine nucleare (Pappenheim, Arnold, Maximow): e per le loro caratteristiche biochimiche, essendo essi nettamente acidofili; in secondo luogo perchè la loro presenza non è mai stata in rapporto nè cogli elementi nucleati, nè con quelli aventi nel pro-

toplasma residui e formazioni d'origine nucleare, ed infine ancora perchè i corpi Ehrlich-Heinz non si riscontrano mai contemporaneamente al nucleo od a residui nucleari.

Piuttosto devono considerarsi come d'origine protoplasmatica (Heinz, Hüber) e per la loro affinità tintoriale e per il loro probabile meccanismo di produzione: difatti, come ho già avuto occasione di dire, la loro formazione si accompagna ad una vera e propria rarefazione del protoplasma, tanto che l'elemento che più ne contiene appare più pallido od anche rimpicciolito e rattrappito, e il corpo di Ehrlich-Heinz è molte volte come isolato nell'elemento da un alone chiaro corrispondente, con ogni probabilità, alla mancanza di protoplasma; tali fatti darebbero a pensare che esso, subendo l'azione tossica, si raccolga in piccoli ammassi, pur non perdendo le proprie caratteristiche fisico-chimiche.

Heinz pensò si trattasse di una necrosi del protoplasma: ora, se ciò fosse, probabilmente le granulazioni perderebbero ogni affinità tintoriale, come avviene in genere per ogni tessuto necrotico.

Neppure mi sembra da doversi accettare senza discussione l'opinione di Ehrlich, che considera i corpi di Heinz non come una necrosi del protoplasma, ma li identifica con i *corpi interni anemici* da lui descritti nelle forme gravi di anemia) pure acidofili e che risulterebbero da una modificazione dell'emoglobina in metaemoglobina. Se così fosse dovrebbero riscontrarsi unicamente o quasi in casi di intossicazione da sostanze capaci di determinare tale trasformazione. Or tali corpi vennero riscontrati dall'Hüber e da me in casi di intossicazione da nitrobenzolo; ora questa sostanza non trasforma l'emoglobina in metaemoglobina, ma in una sostanza — corpo del nitrobenzolo — spettroscopicamente ben differenziale da essa.

L'ipotesi poi di Schilling-Sorgau, che gli anzidetti corpi esistano preformati nell'eritrocito e non siano dimostrabili e difficilmente in condizioni normali, mentre in condizioni patologiche subiscono tali modificazioni morfologiche e chimiche da poterlo essere, non mi sembra del tutto esatta, almeno per quanto riguarda la loro preesistenza, data la loro caratteristica di tingersi colle sostanze acide; piuttosto quando, al contrario, la considera come una modificazione cromatica dell'eritrocito a carattere degenerativo.

E se noi stiamo al fatto che essi aumentano coll'aggravarsi dei fenomeni tossici generali e che la loro scomparsa coincide colla scomparsa di questi, dobbiamo necessariamente ammettere un'origine prevalentemente tossica.

Per quanto riguarda l'efficacia del sussidio terapeutico impiegato, come ho già detto, il giudizio non può che riuscire favorevole tenendo conto non solo dei miglioramenti della crasi sanguigna, ma ancora di quelli immediati ad ogni trasfusione che tanto soggettivamente, quanto oggettivamente potevano essere rilevati: poichè non l'esito infausto — avvenuto per una insufficienza acuta del rene — può parlare in suo sfavore, l'efficacia reale terapeutica dovendo essere piuttosto giudicata da quel complesso di condizioni favorevoli che esso è capace, sia pure temporaneamente, di determinare, indipendentemente dall'intervento di altre complicazioni.

LETTERATURA.

EHRLICH. *Die Anämie*, 1898-1909.

FERRATI. *Le emopatie*, vol. I.

FRIEDSTEIN. *Experimentelle Beiträge z. Kenntniss d. Perniz. Anämie.* (Folia haematologica, XII, 911).

HARTWICK. *Weiter. Beiträge z. kenntniss d. Heinzschen Vergiftungskörper.* (Folia haematologica, XIII, 1912).

HEINZ. *Morphol. Veränderungen d. röten Blutkörp. durch Gifte.* (Virchow's Archiv, Bd. CXXII, p. 112).

KUNKEL. *Chemische Beiträge d. Substanz d. haemoglobinämischekörper.* (Folia haematologica, Bd. XIV, 1913).

PAPPENHEIM. *Wieter. Mitteilungen z. kenntniss d. Heinzschen Vergiftungskörper.* (Folia haematologica, Bd. XIII, 1912).

SCHILLING-SORGAN. *Arbeiten über d. Eritrozyten.* (Folia haematologica, 1911 e 1912).

SCHMAUCH. *Ueber d. Endoglobuläre Körperchen d. Eritrozgten d. Kotze.* (Virchew's Archiv. 1895, p. 156).

SCHWALBE-SULLEY. *Die morphologischen Veränderungen d. Blutkörp. bei d. Tuluylendiaminvergift.* (Virchow's Archiv, Bd. CLXVIII).

VIOLA e VARVARO. Folia clinica, chimica et microscopica, 1914.

ZUCCOLA. *Su di un caso di avvelenamento da nitrobenzolo* (Il Policlinico, 1918).

IGIENE.

La derattizzazione e disinfestazione delle navi a mezzo dell'acido cianidrico.

Dott. O. GOLINI, ispettore sanitario, Società Italiana di Servizi Marittimi.

È cosa, ormai, nota che un piroscafo, prima che lasci lo scalo di costruzione e di allestimento, si è già popolato di topi e a nulla valgono i mezzi di protezione, che usualmente si adottano, per impedire la salita a bordo di essi (imbuti metallici ai cavi di ormeggio, o scope di erica, spalmate di sostanze nocive).

La nave mercantile, per necessità imprescindibili di carico e scarico, deve affiancarsi alle banchine dei porti; è allora che, a mezzo degli scalandroni o ponti volanti e a mezzo delle chiatte, e della mercanzia, i topi hanno facile accesso nelle navi, essendone le calate dei porti popolatissime.

Oltre ai topi, v'è poi la cimice, che costituisce altro ospite inopportuno a bordo delle navi mercantili, specie là dove non è praticata una accurata e meticolosa diuturna pulizia. Essa infesta le cabine, i saloni, i dormitorî e si nasconde oltre che negli indumenti letterecci, e reti metalliche, anche nelle intercapedini, fra le paratie di legno e del ferro, ove è irraggiungibile con i mezzi comuni.

Le pulci in grande quantità e spesso anche i pidocchi popolano, a preferenza, le terze classi, specie dopo un soggiorno più o meno prolungato di emigranti, fra cui in questo momento abbondano i Siriani e Russi, che trasmigrano per l'America, lasciando i loro paesi infestati dalla peste bubbonica e dal tifo esantematico, che in Levante mietono vittime su vasta scala.

È contro due agenti trasmettitori della peste bubbonica e del tifo esantematico, il topo e il pidocchio, che si sono rivolti tutti gli sforzi, per compierne, a bordo delle navi, una pronta e sicura distruzione; e questo compito, si è ormai compreso, che non doveva essere affidato altro che ad un gas.

Inoltre il fattore principale di cui si doveva tener conto, nell'adottare i vari sistemi di disinfestazione a bordo delle navi, era la rapidità dell'operazione, per tenere il minor tempo possibile sospeso il febbrile lavoro di carico e scarico della merce.

Oggi possiamo dire, con sicurezza, che questo primo intento, insieme ad altri importantissimi, si sia raggiunto, con l'uso dell'acido cianidrico, sviluppato in forma di gas. A mezzo di esso, nel breve lasso di tempo di un'ora e mezza, l'operazione è compiuta, con risultati completi.

I sistemi adottati per la disinfestazione e derattizzazione delle navi, sono diversi, molti dei quali da tempo abbandonati, o perchè inefficaci, o perchè poco pratici e dannosi, o pericolosi.

Si ricorse prima ai veleni, poi alla inoculazione, nei topi, di microbi patogeni per provocare, fra essi, delle epidemie distruttive, ma con scarso risultato.

Si ricorse ai getti di vapore e finalmente si ricorse ai gas: fu esperimentata l'anidride carbonica, ma risultò inefficace, perchè più pesante dell'aria e costosa.

Si è provato l'ossido di carbonio, prodotto dalla combustione incompleta del carbone coke: ma è pericoloso perchè può formare delle combinazioni esplodenti.

Fra tutti i gas, il primato rimase all'anidride solforosa, la cui azione è indubbiamente efficace, sia sui topi, che su gli insetti.

Essa viene sviluppata sulle navi, disponendo dei bracieri nelle stive, con entro del carbone acceso e gettandovi entro una data quantità di zolfo e chiudendo ermeticamente gli ambienti. Questo sistema, abbastanza rudimentale, venne sostituito con il sistema Clayton, apparecchio in cui si sviluppa l'anidride solforosa-solforica. Tale apparecchio, sui primi, fu adottato per spegnere gli incendi, che si possono sviluppare nell'interno delle stive, ma poi trovò larga applicazione, per la derattizzazione e la disinfestazione. Con esso si ottiene una produzione di anidride solforosa-solforica, nella proporzione dell'8 al 15 %, ad alta concentrazione, e con elevato potere di penetrazione attraverso le balle di mercanzia. Si propaga nei luoghi più reconditi, uccidendo i topi e con essi il bacillo pestoso; le cimici, pulci e tutti gli altri insetti.

Ma anche il gas Clayton non manca di inconvenienti. Essendo esso più pesante dell'aria si stratifica nei luoghi più bassi e occorre lungo tempo, prima che le stive siano liberate dal gas o rese praticabili; e quindi, alle 24 ore, durante le quali il gas deve rimanere imprigionato, va aggiunto il tempo, non indifferente, necessario per effettuare la aereazione dei locali; per cui ci vogliono non meno di altre 12 ore e più. Inoltre il gas Clayton deteriora le stoffe colorate e le vernici, sporcandole e ingiallendole; abbrunisce le dorature e le stuccature; attacca i metalli dei macchinari e le argenterie. Rovina le amalgame degli specchi, mentre d'altra parte si conserva, per lungo tempo, negli ambienti, quell'odore poco grato dell'anidride solforosa, che si trasmette anche ad alcuni alimenti (conserve, formaggi, ecc.). Inoltre le carogne dei topi, uccisi con tale mezzo, in luoghi irraggiungibili, putrefanno e danno del fetore.

Tutti quanti questi inconvenienti succitati possono oggi essere eliminati, usando, a scopo di disinfestazione e di deratizzazione, l'*acido cianidrico*, con cui può compiersi qualsiasi operazione di disinfestazione, sia contro i parassiti delle piante, sia contro gli insetti e i topi, in ospedali, caserme, magazzini, istituti, navi, ecc.

I risultati finora ottenuti sono stati tali da potere ormai ritenere che tale sistema sia l'unico da preferirsi, tanto per la sua indiscussa efficacia che per la sua prontezza di azione; e queste due qualità gli conferiscono il vantaggio inestimabile della speditezza della operazione.

La Direzione della Sanità Pubblica segue con grande interesse le applicazioni di questo sistema, del quale ora in Italia si fanno esperienze su vasta scala, ed il Direttore della Sanità, comm. Lutrario, in seno al Comitato dell'Ufficio Internazionale di Igiene pubblica, nella sessione di aprile e maggio u. s. a Parigi, ne fece oggetto di una dotta ed elaborata esposizione, circa l'impiego dell'*acido cianidrico nei servizi di profilassi.*

L'impiego dell'acido cianidrico, a scopo di disinfestazione, è conosciuto da lungo tempo e fino dal 1866 in America del Nord, ed in Europa si adottava in agricoltura contro gli insetti nocivi alle piante.

Il gas si ottiene mediante la reazione dell'acido solforico diluito in acqua, con il cianuro di potassio.

Esso è un gas un po' più leggero dell'aria; per cui, aperti i locali dove è stato sviluppato, tendendo esso a inalzarsi, la aereazione si compie con rapidità.

La sua estrema e fulminea tossicità, unita a una potentissima penetrazione attraverso le balle di mercanzia e dentro i più reconditi nascondigli, ci danno garanzia assoluta che, nel più breve tempo, si ottengono immediati e sicuri risultati. Esso, allo stato liquido, applicato sulla pelle o sulle mucose, o in stato di gas, aspirato, produce, colla sua micidiale prontezza, la morte istantanea, per asfissia, ostacolando lo scambio gassoso respiratorio, e per la combinazione dell'acido cianidrico con l'emoglobina dei corpuscoli rossi dei quali impedisce l'ossidazione. Per la deratizzazione e la disinfestazione si adopera in volume e peso alle seguenti proporzioni:

Il sistema che si adotta per lo sviluppo del gas a bordo delle navi è il seguente: si preparano in primo gli ambienti dove deve azionare il gas, chiudendo tutte le possibili vie, per impedire la fuga del gas: trombe a vento, *hublots*, aspiratori, griglie. Di poi si collocano, nel punto più remoto e basso delle stive, della camera delle macchine, nel tunnel dell'albero dell'elica, ecc., i recipienti di sviluppo. Questi consistono in due recipienti, uno dei quali contiene la soluzione di acido solforico e l'altro le tavolette di cianuro di potassio. Quest'ultimo recipiente viene imperniato con un suo margine superiore ad un margine superiore dell'altro recipiente, in modo che, assicurata una cordicella con una sua estremità al recipiente contenente il cianuro, quando essa, dall'esterno, viene con forza tirata, fa capovolgere detto recipiente sull'altro, contenente la soluzione di acido solforico, versandovi dentro tutte le tavolette di cianuro di potassio.

Si chiude subito anche quella piccola apertura, da dove si è fatta passare la cordicella all'esterno, e si lascia che si sviluppi il gas; e dopo *un'ora e mezza* circa si possono riaprire gli ambienti per la aereazione. Nell'interno dei locali, per aprire tutti i portelli e gli *hublots*, deve solo penetrarvi il personale tecnico addetto, munito di apposita maschera. Grande deve essere la precauzione nel penetrare nei locali, ove si è sviluppato il gas, specie nella stiva, nei refrigeranti e nella camera delle macchine e nelle sentine, ambienti dove la aereazione e la ventilazione si produce con più difficoltà, e quindi sarà prudente aspettare due o tre ore dopo l'apertura.

Per maggiore precauzione sarà bene calarvi, con una cordicella, delle gabbie con entro dei topi vivi e lasciarveli per qualche tempo. Queste precauzioni sono consigliate dal fatto che, scendendo in un locale, dove è stato sviluppato il gas, esso non è tanto prontamente avvertito dall'olfatto, da evitare gravi conseguenze, per la inspirazione di una esigua quantità di gas bastante per produrre effetti gravi. Ma, ripeto, con una oculata precauzione, ogni inconveniente è facile ad evitare.

La concentrazione del gas si fa, in genere, a due titoli: si adopera al 3 % se si vuole compiere la deratizzazione, e al 7 % se si fa a scopo di disinfestazione per cimici, pidocchi, pulci, e si è visto che tutti muoiono nello spazio dai 3 ai 5 minuti. Le blatte presentano una maggiore resistenza, ma anch'esse muoiono in 4-8 minuti. Sui batteri non ha alcuna efficacia e collocate delle culture in ambienti dove fu sviluppato il gas, a grande concentrazione, si è veduto che la sua azione si limita solo a ritardare lo sviluppo delle culture.

L'uso dell'acido cianidrico a scopo di disinfestazione a bordo delle navi è ormai entrato in grande uso.

La Società Italiana di Servizi Marittimi, la Sicilia, la Marittima Italiana, la Navigazione Generale lo hanno già largamente sperimentato e si può ormai dire che queste Compagnie

lo hanno adottato come il sistema più favorito, per le sue qualità, che gli conferiscono una superiorità indiscussa sugli altri sistemi.

In primo luogo, per la sua rapidità di azione: in sole 4 ore l'operazione è compiuta, da permettere agli equipaggi di tornare a bordo e di rioccupare i loro ambienti, e di poter rimettere, in sì breve tempo, il piroscafo sotto scarico; questo è il primo e grande vantaggio che ha sul Clayton, per il quale ci vogliono almeno 30 ore prima che il piroscafo sia abitabile. In secondo luogo non deteriora assolutamente nè stoffe, nè pitture, nè verniciature; non attacca i metalli, nè l'amalgama degli specchi. Non altera nessuna sostanza alimentare. Si userà solo la precauzione di allontanare i vasi di conserve aperti e di chiudere bene i recipienti contenenti i liquidi, perchè possono disciogliere una certa quantità di gas. Ma è stato veduto che anche questa precauzione è presso superflua.

Non è infiammabile. Non lascia nessun cattivo odore.

Si è anche detto che in un animale morto, per l'azione tossica dell'acido cianidrico, vengono, con esso, anche uccisi tutti i germi della putrefazione per cui l'animale ucciso dal gas, nei suoi nascondigli, non cade in putrefazione ma mummifica. I fatti però avrebbero deposto al contrario.

Anche nella convenienza del prezzo si rende preferibile agli altri sistemi; di fatti l'acido cianidrico costa circa la metà prezzo di quanto costa l'anidride solforosa prodotta dal Clayton.

Nelle prove effettuate a bordo dei piroscafi della Società, presso cui presto servizio, se ne ebbero ottimi risultati. Sul piroscafo «Albania», che fa gli scali del mar Nero e Levante, si compiè la deratizzazione e la disinfestazione. L'operazione durò circa 4 ore. Lo sviluppo del gas fu praticato ad intervalli successivi, ambiente per ambiente, ciò che portò ad un maggiore dispendio di tempo, ma l'azione del gas, in ogni singolo ambiente, non durò più di un'ora e 45 minuti.

Dopo due ore dall'apertura per la aereazione, potemmo accedere, senza alcun pericolo, in ogni ambiente. Nelle stive si trovarono molti topi uccisi, e molti altri certamente saranno morti nel loro nascondiglio, ove li sorprese il gas.

I controlli, consistenti in topi racchiusi in piccole gabbie, che i Medici di Porto, che sorvegliavano i risultati dell'operazione, avevano collocato nei luoghi più bassi e reconditi della nave, furono trovati uccisi.

Ancora un fatto per dimostrare la indubbia e pronta efficacia dell'acido cianidrico lo avemmo sul piroscafo «Albania», nel quale, prima dell'inizio, avevamo notato gran quantità di cimici nel dormitorio dei camerieri. Quivi fu sviluppato il gas, alla concentrazione del 7 %, e nonostante che, durante lo sviluppo del gas, in quell'ambiente ci fossimo accorti che un finestrino in murata era rimasto spalancato, pure, finita l'operazione, quando potemmo scendere nel locale, trovammo morte tutte le cimici, le blatte, le mosche e qualche pulce.

Due gatti che erano rimasti rinchiusi nel locole della terza classe furono trovati irrigiditi.

A parte la indiscussa efficacia dell'impiego dell'acido cianidrico, per la deratizzazione e disinfestazione delle navi, è necessario però che l'applicazione di tale sistema sia meglio ordinata e disciplinata, per ritrarne tutto il vantaggio e per evitare deplorevoli conseguenze.

Come prima cosa è indispensabile che il personale addetto alle operazioni sia un personale maggiormente adatto alle funzioni che è chiamato a compiere, e sia conscio di tutti i gravi pericoli a cui espone sè e gli altri prendendo troppa famigliarità con l'uso di un veleno così terribilmente micidiale.

Inoltre, il personale dovrà essere sempre vigilato e diretto da persona tecnica, che, durante l'operazione, a bordo, segua, con meticolosa cura, lo svolgersi del lavoro di preparazione degli ambienti, e lo sviluppo del gas in essi, e della aereazione, curando che non altri vi discenda (se non coloro che sono muniti di maschera) fino a che non siano scomparse le ultime traccie del gas. Nella preparazione dei recipienti di sviluppo del gas si dovrà curare che nessun frammento di cianuro di potassio sia dimenticato in coperta, come qualche volta mi è stato dato di constatare.

Esercitare una vigilanza scrupolosa, a che nessuno del personale di bordo, che rimane sulla nave, durante l'operazione, incoscientemente, si introduca negli ambienti dove è stato sviluppato il gas, fino a che questi non siano stati convenientemente aereati e fino a quando non vi sia l'assenso del dirigente dell'operazione.

Anche alle scalette, da cui si sale a bordo o allo scalandrone (se il piroscafo è ormeggiato) vi dovrebbe essere a permanenza del personale di guardia, che proibisca, a chiunque, di salire sulla nave. Sulle porte degli ambienti ove si sviluppa il gas sarà buona cosa apporre dei cartelli con scritta la proibizione di ingresso, con pericolo di morte.

Occorre che il personale tecnico si renda, prima, esatto conto della disposizione degli ambienti della nave, che devono essere disinfettati, e ciò per effettuare, nel modo il più completo, il tamponamento del locale, ove devesi

sviluppare il gas. Ciò lo potrà meglio fare con la coadiuvazione del personale tecnico e di quello di bordo, della Società armatrice.

Per abbreviare, poi, la durata dell'operazione, è necessario, una volta terminata la preparazione degli ambienti e collocativi i recipienti di sviluppo, farvi sviluppare, *contemporaneamente*, il gas, poichè lo svilupparlo ambiente per ambiente, richiede una perdita di tempo tripla e quadrupla, che implica un dannoso ritardo per il ritorno degli equipaggi a bordo e per la ripresa del lavoro di carico. Riterrei inoltre conveniente, per raggiungere più facilmente l'intento di uccidere la maggiore quantità possibile di topi, di procedere allo sviluppo del gas, a notte inoltrata, durante la quale questi, non disturbati dai rumori e dalla presenza dell'uomo, escono tutti dai loro nascondigli e circolano con maggiore libertà; collocando, magari, nei locali da disinfestarsi, delle sostanze alimentari preferite da questi animali.

Infine, è stato notato, nella notte seguente al giorno in cui sul piroscafo fu effettuata la deratizzazione, che una certa quantità di topi scorrazzava sul ponte di coperta. Questi sono topi superstiti, perchè hanno preferito fissare la loro stabile dimora all'aria aperta, ove il gas non ha efficacia, nascondendosi di giorno nell'interno delle lancie di salvataggio ed in mezzo all'ammatassamento dei cavi di ormeggio. Per ovviare questo inconveniente, si rende necessario che, fra le operazioni di preparazione, vi sia compreso anche il distendimento di tutti i cavi di ormeggio sul ponte, ponendoli sospesi, e il disarmo di tutte le lancie di salvataggio, calandole, e magari sommergendole in mare, e solo così si potrà snidare quella quantità di topi, che vivendo all'aria aperta, non può essere raggiunta dal gas.

Gli apparecchi che servono per lo sviluppo del gas ed il loro funzionamento, per adesso (per quanto si raggiunga lo scopo), sono abbastanza primitivi, ma mi consta che per la produzione di gas tossici si porrà, fra breve, in funzione un apparecchio capace di insufflare l'acido cianidrico dall'esterno all'interno della nave, a mezzo di tubi con una notevole pressione.

È necessario che in tali operazioni venga usata una più larga dotazione di mezzi, avendo notato una qualche deficienza.

In ultimo, sarebbe desiderabile che le Compagnie Armatrici di piroscafi, rivolgessero un maggiore interessamento verso questa operazione così importante e delicata, ove è coinvolto anche il loro interesse e responsabilità, coadiuvando a che l'operazione di disinfestazione e deratizzazione riesca nella sua pienezza.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Le tonsille come porta d'entrata delle infezioni.

(J. CITRON. *Deut. Mediz. Wochen.*, nl 13, marzo 1920).

Le tonsille per la loro costituzione anatomica e per la loro situazione, sfiorate continuamente da una corrente d'aria e dai cibi carichi di germi, rappresentano senza dubbio un punto di arresto e di ingresso di numerosi germi patogeni. Il fatto che tali germi patogeni generalmente non danno luogo allo sviluppo di una infezione è certamente legato alla funzione fisiologica delle tonsille, funzione in gran parte linfocitogena. È probabile anche che le tonsille abbiano una vera e propria funzione escretoria, e le ricerche di Frederizi, Hendelsohn e altri dimostrano che nelle tonsille esiste una corrente linfatica dall'interno all'esterno. La teoria che le tonsille siano un organo di difesa, che protegga il corpo contro le infezioni, non ha potuto trovare l'approvazione di tutti. Certamente le tonsille nel loro stato fisiologico possono essere un organo di difesa, trattenendo i germi, versandoli all'esterno ed impedendo per lo meno che entrino nella circolazione linfatica generale e nel sangue.

Inoltre l'azione bactericida dei linfociti è diversa a seconda delle varie specie di germi e pare legata alla presenza di un fermento che per i linfociti sarebbe una lipasi, per i polinucleati un fermento triptico ed ossidante.

Marks sperimentando col bacillo della peste dei suini, che appartiene al gruppo dei paratifi B, notò che quando esso viene mescolato agli alimenti, i topi muoiono tra la 7ª e 10ª giornata e nel sangue già dal 3° e dal 4° giorno si ritrova il germe; mentre quando il microbo viene con una sonda portato direttamente nello stomaco, gli animali sopravvivono anche oltre tre settimane. Secondo l'A. ciò è dovuto al fatto che nel primo caso i germi penetrano direttamente nel torrente circolatorio attraverso le tonsille. E questo è confrontabile con i dati ottenuti negli ammalati di tifo, nei quali sono stati riscontrati i bacilli del tifo nelle tonsille.

L'A., con le ricerche col collargolo in ammalati di tifo, ha notato la comparsa sulle tonsille di punti iperemici ed emorragici, che egli ritiene in rapporto a piccoli focolai di tifo. E come il circolo linfatico faringeo rappresenta una porta di entrata per il tifo e paratifo, così probabilmente avviene anche per altre infe-

zioni nelle quali si riscontrano alterazioni dell'anello del Waldeyer e delle tonsille (scarlattina, difterie, angina sifilitica).

Similmente le alterazioni tonsillari del tifo esantematico e della poliomielite possono considerarsi come dovute ad una prima localizzazione del virus, come sperimentalmente hanno nella poliomielite ottenuto Landsteiner, Levaditi, Danulesco, trasmettendo la malattia nelle scimmie, con l'infezione delle tonsille.

Nella patogenesi di alcune malattie, quali il reumatismo articolare acuto, la glomerulonefrite emorragica acuta, le sepsi, le endo e pericartiditi, le pleuriti, hanno importanza notevole non solo le affezioni acute delle tonsille, ma specialmente la tonsillite cronica, che può decorrere senza febbre e senza alcuno speciale sintomo subiettivo.

Le osservazioni di numerosi autori sono concordi nell'ammettere non solo l'esistenza di una tonsillite precedente allo sviluppo del reumatismo articolare acuto, della nefrite e delle sepsi criptogenetiche, ma anche come alle riacutizzazioni di una tonsillite cronica superficiale corrispondano riacutizzazioni del reumatismo articolare o della nefrite.

Indicazione terapeutica che si può dedurre da tali fatti è, secondo l'A., la tonsillectomia, che specie nel caso di tonsillite cronica evita la comparsa di infezioni che nelle tonsille alterate troverebbero più facile porta d'ingresso, o quando una di tali infezioni già si sia stabilita, evita le riacutizzazioni legate alle frequenti riacutizzazioni dell'affezione tonsillare.

TRENTI.

NEUROLOGIA.

Il morbo di Wilson.

(P. L. MARIE. *La Presse méd.*, 12 giugno 1920).

La sindrome clinica nota sotto il nome di morbo di Wilson, che la identificò clinicamente e anatomicamente nel 1912, era già stata intraveduta da Gowers, Ormerod e Homen.

È una malattia che colpisce i giovani, spesso è famigliare, ma non è nè congenita, nè ereditaria.

È un complesso sintomatico ben definito ed è l'espressione di una lesione del sistema motore extrapiramidale: movimenti involontari, essenzialmente tremori, rigidità muscolare e contrazioni spasmodiche, astenia muscolare, disartria, disfagia, dimagramento continuo, e spesso emotività e disordini mentali.

L'affezione ha un decorso progressivo più o meno rapido e conduce a morte.

All'autopsia si trova degenerazione bilaterale dei nuclei lenticolari e, quel che è molto interessante, cirrosi epatica molto marcata, la quale quasi costantemente resta latente durante la vita.

I sintomi cardinali della malattia, sono i tremori e la rigidità muscolare; gli altri sintomi hanno una importanza secondaria in quanto che sono molto variabili e la loro comparsa nel decorso dell'affezione non ha nulla di definito.

I *movimenti involontari* possono assumere diversi tipi: movimenti coreiformi, spasmi tonici, tetanoidi o clonici a crisi di due o più minuti, movimenti atetosici, ma il *tremore* costituisce la modalità fondamentale, talora la più comune e la più precoce. Il tremore è regolare, di ampiezza poco estesa, a ritmo rapido e ricorda il tremore parkinsoniano. Si esagera con l'attenzione, con le eccitazioni psichiche, negli sforzi e nei movimenti intenzionali; tuttavia la volontà può transitoriamente dominarlo. Non persiste nel sonno. Al principio è localizzato alle estremità, e si manifesta precocemente con l'alterazione della scrittura. Con il progresso della malattia si generalizza, colpisce la testa ed il tronco, l'ampiezza delle oscillazioni aumenta: la mano diventa maldestra, l'andatura incerta. Talvolta gli arti inferiori sono più compromessi dei superiori. Il tremore della lingua differisce da quello della paralisi progressiva poichè si manifesta solo nel movimento di protrusione.

La *rigidità muscolare* è precoce, costante e progressiva, colpisce tutti i muscoli del corpo ad eccezione dei muscoli esterni dell'occhio. Si inizia agli arti e si può apprezzare nei movimenti di flessione e di estensione: allo stato di riposo i muscoli alla palpazione appaiono duri e tesi. In seguito è interessata la faccia; la fisonomia s'immobilizza, si fissa in una maschera inespressiva o in un sorriso stereotipato; la bocca è tenuta largamente aperta, le labbra retratte scoprono i denti e spesso la saliva cola dalle connessure. Anche la testa ed il collo si irrigidiscono. La rigidità del tronco è tale, che l'equilibrio può essere difficilmente mantenuto. Benchè siano colpiti tutti i muscoli, pure l'ipertonia predomina nei flessori, le dita delle mani accollate fra loro sono flesse su i metacarpi, la mano su l'avambraccio e questo sul braccio, che è tenuto in adduzione. Le dita dei piedi sono contratte, il piede è in posizione varo-equina, i ginocchi e le anche sono in flessione. Quest'attitudine persiste nel sonno.

La *contrattura* costituisce un aggravamento della ipertonia col progredire della malattia. Le contratture, che cominciano alle estremità distali degli arti determinano attitudini viziose permanenti ribelli ad ogni manovra di correzione.

La ipertonia si accompagna sempre con un certo grado di astenia muscolare. I movimenti volontari si eseguono con minor forza, sono lenti e deboli. Il paziente non può perfino tenere a lungo chiusi gli occhi e la lingua protrusa. Ma questa astenia non ha nulla di comune con la paralisi, e quest'assenza di paralisi propriamente detta, come quella dipendente da lesioni del sistema piramidale, è uno dei segni caratteristici del morbo di Wilson.

La *disartria* e la *disfagia* sono la espressione della ipertonia della muscolatura della laringe e della faringe.

Solo eccezionalmente si hanno disturbi vasomotori: rossori ed edemi transitorî alle mani, ai piedi, alle palpebre.

I disturbi sensitivi mancano quasi sempre. Solo qualche volta si hanno dolori intensi agli arti inferiori e crampi che accompagnano gli spasmi muscolari.

I riflessi non presentano sensibili alterazioni. La reazione elettrica è normale.

I *disturbi psichici* possono mancare fino alla fine. In ogni caso sono per intensità variabilissimi. Sono caratterizzati da un restringimento dell'attività intellettuale, da puerilismo mentale. Il paziente non si rende conto della gravità del suo stato, si diverte con niente, ha un'euforia speciale associata ad emotività esagerata. Sono state notate crisi di riso spasmodico.

In ogni caso mancano i disturbi pupillari e del fondo dell'occhio, manca il nistagmo ed ogni sintomo cerebellare, il liquido cefalo-rachidiano è normale, la motilità del velo pendolo è integra, non si ha mai atrofia muscolare.

È notevole il fatto che la cirrosi epatica che si trova costantemente al tavolo anatomico non si manifesta con nessun segno clinico. A parte la perdita dell'appetito, non si hanno disturbi a carico dell'apparato digerente. Manca ogni segno di insufficienza epatica. Solo in qualche caso poco prima della morte si è notato un ittero passeggero ed ematemesi.

Per quel che riguarda il decorso, si possono avere forme *acute* o *subacute* e *croniche*. Nelle prime, che durano da qualche mese ad un anno, si ha emaciazione rapidissima, febbre elevata, più o meno persistente. La forma cronica può durare fino a sette anni: lo stato generale si mantiene buono a lungo ed il dimagrimento compare tardivamente.

Le lesioni anatomiche del sistema nervoso centrale consistono in una degenerazione bilaterale, simmetrica, del *globus pallidus*, e sopratutto del *putamen*.

La intensità della degenerazione varia dalla semplice decolorazione e dallo stato spongioso del nucleo lenticolare fino alla disintegrazione totale ed alla trasformazione cavitaria. Le parti vicine sono meno lese ed anche del tutto rispettate. Spesso si trova il nucleo caudato più o meno atrofico, ma non degenerato. Il talamo è quasi sempre normale salvo nella regione corrispondente alle fibre talamo-striate. La capsula interna è integra. Solo eccezionalmente la trasformazione cavitaria si estende alla parte esterna del talamo, alla capsula interna ed anche alla sostanza bianca dei lobi frontali sotto forma di piccole lacune nettamente limitate. Le alterazioni sono sempre grossolane, raramente si limitano a lesioni microscopiche.

Consecutivamente alle lesioni del nucleo lenticolare, si hanno degenerazioni secondarie nella regione sotto-talamica: degenerazione dell'ansa lenticolare, delle fibre strio-talamiche, del corpo di Luys, lesioni cellulari del nucleo rosso. La protuberanza, il bulbo, il midollo, i nervi rimangono indenni.

Per quel che riguarda gli altri organi, solo il fegato e la milza sono alterati. Il fegato presenta le caratteristiche alterazioni della cirrosi atrofica. La milza è aumentata di volume.

Il morbo di Wilson per le sue peculiari caratteristiche si distingue nettamente da altre malattie nervose. Dalla tetania si distingue per l'assenza dei segni di Trousseau e di Chvostek, della ipereccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli.

Nello stadio iniziale potrebbe confondersi con l'isteria per i disturbi psichici e l'esagerazione dell'emotività, ma i sintomi motori sono sufficienti per la diagnosi differenziale.

Nè possibile è la confusione con la paralisi progressiva, con la paralisi bulbare, con la sclerosi a placche.

Il morbo di Wilson ha molta somiglianza col morbo di Parkinson, che del resto è stato pur esso messo in rapporto con alterazioni del nucleo lenticolare, ma questa ultima malattia compare nella età avanzata, ha un decorso più cronico e si accompagna ad attitudini speciali differenti da quelle del morbo di Wilson.

Più delicata è la diagnosi differenziale con la paralisi pseudo-bulbare, espressione di una lesione bilaterale del fascio piramidale nella porzione che va dalla zona motrice ai nuclei motori bulbo-protuberanziali, lesione che si manifesta con disartria, disfasia, paralisi del velopendolo, del facciale inferiore, riso e pianto spasmodico. Ma a parte le differenze tra la paralisi del velopendolo della paralisi pseudobulbare e la rigidità della stessa parte nel morbo di Wilson è certo che in questo non si ha mai un'emiplegia o emiparesi, nè le modificazioni dei riflessi che sono frequenti nella paralisi pseudo-bulbare.

Un'altra sindrome che si avvicina clinicamente al morbo di Wilson è quella di Yagt-Oppenheim, che è determinata da un'atrofia del corpo striato, del nucleo caudato e sopra tutto del putamen. Questa sindrome è analoga a quella della paralisi pseudo-bulbare congenita, ma i muscoli della faccia, della laringe e della faringe non sono paralizzati. Essi sono, come quelli degli arti, ipertonici con disfagia, disartria e trisma, contrattura spastica degli arti con atetosi, riso e pianto spasmodico senza paralisi e senza disturbi sensitivi e psichici. Il carattere congenito ed ereditario di questa affezione, la fissità dei suoi sintomi, il decorso lungo la distinguono dal morbo di Wilson.

In quanto alla patogenesi le opinioni sono discordanti. Pfeiffer crede che sia dovuto ad un difetto di sviluppo del sistema nervoso centrale. Home l'attribuisce alla sifilide ereditaria. Wilson pensa che il morbo, che porta il suo nome, sia sempre acquisito e dovuto ad una tossina di natura ignota, ma probabilmente non microbica, la cui produzione sarebbe in rapporto con la cirrosi epatica e che avrebbe un'azione elettiva sul nucleo lenticolare. Bostroem attribuisce una grande importanza ai disturbi intestinali nella genesi della intossicazione, che colpirebbe in primo luogo il fegato e la milza.

dr.

MEDICINA.

Ricerche sull'eziologia della leucemia acuta.

(H. Ludke. *Deut. Medic. Wochen.*, n. 13, marzo 1920).

È stata invocata una infezione come causa dello sviluppo della leucemia acuta, e l'A. ha raccolto varie osservazioni nelle quali alla leucemia aveva preceduto o una setticemia stafilococcica, streptococcica, o il tifo, o la tubercolosi miliare. L'A. ha condotto una serie di esperienze negli animali cercando di provocare il quadro leucemico con l'iniezione di germi patogeni nelle scimmie, cani e conigli, ottenendo soltanto un aumento nel numero di leucociti sino a 40.000. Sulla composizione del sangue hanno notevole influenza alcuni veleni chimici e specie la pirodina, i sieri emolitici, e i veleni di origine bacterica. Mentre i veleni bacterici esercitano la loro azione sui leucociti, i sieri emolitici, ed i veleni chimici esplicano la loro azione a carico degli eritrociti. L'A. cercò quindi di riprodurre la leucemia usando contemporaneamente veleni chimici, veleni bacterici, e sieri emolitici, ed ottenne una modificazione del quadro ematologico, ma non osservò lo sviluppo di un quadro leucemico che persistesse per un certo tempo.

Un'altra serie di ricerche ebbe per scopo di tentare di trasmettere la leucemia agli animali o da animale ad animale con l'iniezione di sangue, o di estratti di organi di ammalati di leucemia.

Tutte queste ricerche ebbero risultato negativo. E l'A. conclude da ciò che non è possibile identificare un agente specifico della leucemia acuta.

Ellermann e Bang riuscirono recentemente a riprodurre in polli sani il quadro leucemico iniettando in essi per via endovenosa una emulsione di organi appartenenti ad un pollo leucemico. La malattia ebbe una incubazione di 1 a 2 mesi. Ricerche di germi furono negative, e la riproduzione del quadro leucemico fu ottenuta anche col filtrato delle emulsioni. L'A. ottenne poi il quadro di una leucemia mieloide iniettando in un giovane Fox sano emulsioni di midollo osseo e di milza di un cane leucemico.

Tali risultati parlano per una origine tossica della leucemia, ma non è noto l'agente specifico. L'A. ha proseguito per molto tempo accurati esperimenti ed ha ottenuto in un cane, con iniezione di siero emolitico, e di bacteri, lo sviluppo dopo 3 mesi del seguente quadro: 105.800 leucociti, 2,320,000 eritrociti, aumento notevole di polinucleati neutrofili, 14 % di mielociti neutrofili, 2 % di normoblasti, 14 % di grandi linfociti. La milza era tre volte più grossa del normale, il fegato ingrandito. Il midollo osseo era di colore rosso intenso, e la reazione del ferro nella milza, nel fegato e nel midollo era positiva.

In un'altra esperienza fu iniettato in un cane pirodina e poi bacteri, e dopo 3 mesi l'esame del sangue diede i seguenti risultati: eritrociti 1,836,000; emoglobina 20 %, leucociti 111.400; normoblasti 4 %; megaloblasti 2 %; grossi linfociti e forme di passaggio 14 %; mielociti neutrofili 8 %; mielociti eosinofili 4 %.

In due altri casi due cani furono iniettati con spirochete, e dopo breve tempo con stafilococchi per via endovenosa; dopo 3-4 mesi l'esame del sangue dava i seguenti risultati: eritrociti 852 mila; emoglobina 15 %; leucociti 248,000; normoblasti 13 %; megaloblasti 4 %; mielociti neutrofili 12 %; mielociti eosinofili 2 %.

Il fegato era ingrandito e con segni di degenerazione grassa, la milza era molto ingrossata. In altre ricerche sulle scimmie con l'iniezione di siero emolitico e di bacteri si ottenne il seguente quadro ematologico: eritrociti 2 milioni e 180 mila; emoglobina 30 %; leucociti 131 mila; mielociti neutrofili 17 %; mielociti eosinofili 4 %; normoblasti 5 %.

Due possibilità sono da considerare nella eziologia della leucemia: o esiste un diretto rap-

porto causale fra i germi patogeni e la genesi della leucemia acuta, o le cause infettive hanno solo la parte di favorire lo sviluppo di quelle alterazioni leucemiche che si fondano nell'attiva moltiplicazione di cellule di nuova formazione. In seguito alle ricerche sperimentali eseguite l'A. afferma che il quadro ematologico osservato parla per una riproduzione di lesioni simili a quelle notate nella leucemia. Inoltre le osservazioni sugli organi ematopoietici mostrano alcune somiglianze con le osservazioni compiute nella leucemia umana (splenomegalia, epatomegalia, con degenerazione grassa; segni di diatesi emorragica, colorazione rossa del midollo delle ossa con presenza di mieloblasti, mielociti, globuli rossi nucleati). È possibile quindi in quegli animali nei quali si nota la comparsa di una leucemia spontanea, riprodurre artificialmente un quadro leucemico, approfittando di una debolezza degli organi ematopoietici, ed usando uno stimolo tossibacterico.

TRENTI.

CHIRURGIA.

Sulla prognosi delle estese resezioni del tenue.

(W. FLATER e D. SCHWERIVER. *Berl. Klin. Woch.*, n. 32).

Il criterio sull'«estensione» permessa nella resezione dell'intestino tenue si è notevolmente mutato col progresso della chirurgia. Mentre Baum nel 1884 riteneva che una resezione di 137 cm. oltrepassasse il limite massimo e nel 1910 Axhausen assegnava il limite di 80 cm. fino al quale potesse esser possibile la resezione senza danno permanente della nutrizione, si registrano finora già 59 casi di resezioni oltre i 2 m., dei quali Soyesima e Flechtenmacher ne hanno raccolto 57; 4 di tali casi riguardavano ammalati, nei quai si sono tolti 300, 315, 400 e 540 cm. di intestino tenue.

Da tali fatti è evidente che il grado dei disturbi nutritivi non dipende tanto dalla lunghezza assoluta dell'intestino resecato quanto da quella della porzione che rimane. Il criterio sulla lunghezza del tratto intestinale che si lascia *in sito* è tanto più importante a stabilire in quanto i risultati delle esperienze sull'uomo e sugli animali sono straordinariamente varii: secondo Soyesima essa oscilla fra 428 ed 892 centimetri, Chiari ha trovato un minimo di lunghezza dal tenue in una donna a 56 anni di 380 cm. ed un massimo in un uomo a 51 anni di 1110 cm.; si è anche trovato un rapporto fra la lunghezza del tenue e quella del corpo o del tronco; secondo Bencke a 100 cm. di lunghezza del corpo corrispondono 387 cm. di intestino tenue e secondo Miyake a 100 cm. di lunghezza del tronco ne corrispondono 760. Naturalmente il tratto che rimane non deve essere in condizioni patologiche. Siccome le esperienze sugli animali riguardo al limite massimo fino al quale può essere sopportata la perdita del tenue non sono concordi, hanno maggior valore le esperienze che ci danno un concetto esatto del ricambio materiale nell'uomo e della capacità funzionale del tratto che resta dopo una grande resezione.

Dai risultati di alcune ricerche microscopiche delle fecce in 5 casi, in cui erano stati asportati più di 3 m. di intestino tenue, si rileva che il disturbo più notevole era dovuto al diminuito assorbimento dei grassi, tenendo conto della introduzione media normale del 95 %; l'utilizzazione degli idrati di carbonio resta normale, ma non possono aver valore i risultati ottenuti riguardo alla perdita di azoto, perchè essi stanno esclusivamente in rapporto con la introduzione degli alimenti azotati.

L'A. riferisce i notevoli risultati delle ricerche eseguite in persona di una paziente, alla quale fu praticata la resezione massima del tenue finora descritta, di 5 m., cioè del 75 all'81 % di tutto il tratto intestinale.

Essi dimostrano chiaramente come un'aumentata eliminazione delle sostanze azotate nelle fecce si può erroneamente interpretare come un cattivo assorbimento delle sostanze alimentari. In base a tali risultati poteva ben ritenersi che si sarebbe riuscito non solo a mantenere la paziente nelle sue condizioni corporali, ma di vederle anche migliorate; e ciò si verificò realmente, poichè durante i 10 giorni, in cui le furono somministrati giornalmente 657 gr. di azoto e 47 calorie per chilogramma, ella conservò il suo peso di 49 Kg., che aumentò di 750 gr. durante 9 giorni del vitto di Schmidt. Nei mesi successivi ella si nutrì a casa prevalentemente con idrati di carbonio (zucchero, semolino, paste, ecc.) e moderata quantità di albumina (carni magre, uova). Le osservazioni fatte dopo 5 mesi dall'operazione dimostrano il florido aspetto della donna e l'aumento del suo peso di 11 libbre; ha giornalmente le sue funzioni intestinali di consistenza e di aspetto normali e non avverte alcuna sofferenza.

Il decorso del caso accennato ci autorizza a fare una prognosi assai favorevole nelle grandi perdite di intestino tenue.

L'A. accenna anche al modo come il rimanente tratto intestinale può sostituire funzionalmente quello asportato, a condizione che la dieta sia convenientemente regolata. Per la perdita di una rilevante parte dell'apparato assorbente l'organismo deve provvedere alla

continuazione del ricambio mentre è assai ridotta la utilizzazione dei grassi. Rimane a fare in ultimo qualche osservazione sulla maniera come il rimanente tratto intestinale supplisce alla funzione, di quello asportato. L'ipertrofia e l'iperplasia della mucosa del tratto intestinale rimasto in sito, come hanno notato Soyesima ed altri, è una prova chiara della sua iperfunzione. La mancanza della massima parte del sistema chilifero, che regola l'assorbimento dei grassi non può in alcun modo esser compensato; invece, non ostante questo notevole disturbo funzionale, l'assorbimento degli idrati di carbonio e dei prodotti albuminoidi può normalmente avvenire; nè si può determinare quanto vi partecipi la mucosa del crasso, sulla cui funzionalità di assorbimento non si può per ora dubitare.

DE CHIARA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

BREGMANN: *Die Schlafstörungen und ihre Behandlung.* — Editore Kanger, Berlino. — Prezzo marchi 12.

L'A. espone chiaramente e succintamente le varie teorie sulla fisiologia e la patologia del sonno, soffermandosi ampiamente sui disturbi più comuni e più importanti: la insonnia, il *pavor nocturnus*, l'enuresi notturna, la sonnolenza, la letargia.

Buona parte del libro è dedicato alla terapia di questi disturbi e specialmente dell'insonnia. *dr.*

O. LESSING: *Innere Secretion und Dementia praecox.* — Editore Karger, Berlino. — Prezzo marchi 4.

In questa monografia sono chiaramente esaminate e messe in evidenza le relazioni tra il sistema endocrino e il sistema nervoso e l'influenza delle secrezioni interne sui processi mentali. L'A. quindi spiega come i fatti psichici ed i fenomeni somatici della demenza precoce siano in relazione con la disfunzione delle glandole a secrezione interna. *dr.*

ZOLLINGER: *Beiträge zur Lumbago-Frage.* — Editore Wyss, Berna. — Prezzo franchi 4.

È la raccolta delle varie relazioni sulla lombaggine lette al Congresso dei medici infortunisti svizzeri a Zurigo nel 1918. Sono ampiamente trattate tutte le quistioni cliniche e medico-legali riguardanti la lombaggine reumatica e traumatica. È un volume nel quale sono discusse a fondo quistioni non ancora ben chiare per la generalità dei medici. *dr.*

ESTÈVE LOUIS: *L'hérédité romantique dans la littérature contemporaine.* Un vol. in-16 di circa 200 pagine. — A. Maloine et fils, Parigi. — Prezzo: 5 fr.

La tristezza, che non era ignota agli antichi (*veternus, acedia*, pessimismo, ecc.) si è notevolmente diffusa nell'epoca nostra, dal progresso troppo rapido, che gli astenici morali non hanno saputo seguire. Essa forma materia di studio così al psicopatologo, costituendo il fondo delle neurosi depressive, come al letterato; espressione spontanea di un animo malato o virtuosità di scrittore, la nota triste domina in gran parte della produzione poetica odierna. Diverse sono le forme sotto cui si manifesta, *il male del crepuscolo*, la nostalgia della luce, che può manifestarsi in forme patologiche (nictofobia, ansiomania), e che, ci sembra, si potrebbe ridurre, in ultima analisi, all'eliotropismo.

In un campo psichico più elevato troviamo il *male della provincia*, che si è venuto sviluppando col sorgere delle grandi città tentacolari, sentimento nostalgico verso i grandi centri, dove la vita turbina in un ardore di lotta, di lavoro e di piaceri; ha i suoi equivalenti nel male della domenica, dei viaggi, ecc. D'indole metafisica è *il male dell'al di là*, nostalgia dell'incognito e dell'assoluto.

Le considerazioni di psicopatologia forniscono all'A. l'occasione per dimostrare, con abbondanti citazioni di scrittori, come questi mali abbiano potuto generare l'opera d'arte, in cui il poeta, per la sofferenza propria assurge al vero lirismo. L'opera è interessante e di gradevole lettura.

fil.

G. FRANCESCHINI. *Igiene sessuale.* Manuale Hoepli, di pag. 203, 1921. — Prezzo L. 7,50.

Questo aureo volumetto giunge alla sua 3ª edizione; ma noi vorremmo che se ne facessero a decine le edizioni e che penetrasse in tutte le famiglie.

Tratta un argomento d'importanza fondamentale per la salute fisica e psichica degli individui e della collettività e per l'avvenire prossimo della razza. Ne tratta con chiarezza e avvedutezza ammirevoli e con uno stile attraente, in una serie di capitoli sull'educazione, la fisiologia, la patologia e l'etica sessuale, sull'eugenica, sui rapporti tra educazione sessuale e ambiente e sull'igiene del sentimento.

Il pregevolissimo lavoro può essere raccomandato caldamente per l'educazione sessuale della gioventù. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 3 dicembre 1920.

Sui postumi dell'encefalite epidemica.

VALOBRA. — L'O. aveva avuto occasione nel dicembre 1919 e nei mesi di gennaio e febbraio di osservare una quindicina di casi di encefalite epidemica. Ora, avendone potuto vedere e seguire alcuni di essi, riferisce sui postumi della malattia quali si presentano a 9-10 mesi di distanza dall'inizio dell'affezione.

In un solo dei suoi casi si può parlare di guarigione completa; in tutti gli altri persiste una serie più o meno imponente di fenomeni.

In tesi generale la malattia ha uno stadio acuto, che è quello ben noto per le molte relazioni che si ebbero al principio di quest'anno, vario essenzialmente a seconda della localizzazione del processo. Questo periodo dura da due-tre settimane a due-tre mesi: in questo tempo il paziente deperisce, si anemizza, i suoi muscoli si atrofizzano.

Lo stadio successivo è difficile a schematizzare perchè ogni caso assume una fisionomia sua propria. In genere la durata e la gravità dei sintomi in questo periodo non è in alcuna dipendenza dai sintomi dello stadio acuto, e cioè forme lievi possono dare postumi gravi e viceversa. Anche la natura dei sintomi in questo periodo può essere diversa da quella dei sintomi del primo stadio. Il quadro dei postumi insorge ad una certa distanza di tempo da che lo stadio acuto è scomparso, e fra di esso e il primo vi è uno stadio intermedio in cui la sintomatologia è dominata dall'oligoemia, dal deperimento, da astenia, da fenomeni di insufficienza tiroidea, da torpore ideativo, da gravi disturbi del sonno, in generale insonnia, specialmente nei bambini e negli adolescenti, da fenomeni di paralisi dell'accomodazione con o senza mancanza del riflesso irideo all'accomodazione. Questo stadio intermedio dura da 4 a 6 a 8 mesi e poi può passare a guarigione, oppure possono insorgere i veri postumi.

Alla sintomatologia del terzo stadio appartengono disturbi motorî e disturbi psichici. Fra i primi ha la massima importanza il tipo parkinsoniano o emiparkinsoniano, con rigidità muscolari, tremori, paresi periferiche, mioclonie, ecc. Il tipo parkinsoniano dei postumi dell'encefalite epidemica non si può affatto differenziare dal vero morbo di Parkinson. Fra i disturbi psichici si può avere perdita della memoria, torpore psichico, sindromi melanconiche, ecc.

La prognosi non è così grave come a prima vista potrebbe apparire perchè un miglioramento graduale e progressivo, per quanto lento, si osserva quasi sempre. L'O. consiglia per la terapia l'arsenico ad alte dosi.

NEGRO. — Non crede all'identità del parkinsonismo post-encefalitico col Parkinson vero. Egli ritiene che dei caratteri differenziali si possano trovare. Ad es., egli avrebbe osservato che il cosiddetto fenomeno della troclea dentata, che nel Parkinson vero si fa a spese del muscolo tricipite, in queste forme si fa a spese del bicipite, il che fa supporre che il fenomeno dipenda da una dissociazione nello stato tonico del muscolo.

Fra i postumi dell'encefalite epidemica ha pure osservato una vera inversione del sonno: i pazienti dormivano tutto il giorno e di notte avevano bisogno di vegliare. Anch'egli consiglia il cacodilato di sodio ad altissime dosi.

PIETRO SISTO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 3 dicembre 1920.

Resezioni intestinali.

T. LEGNANI. — In rapporto al limite massimo che si può raggiungere senza inconvenienti nelle resezioni intestinali, limite che secondo Schlatter sarebbe di 2 metri, presenta un caso di stenosi multiple dell'intestino di natura tubercolare, guarito coll'asportazione di m. 1.75 di ileo.

Quale contributo poi al valore della radioscopia nella diagnosi dei tumori del ventre, presenta un altro caso di resezione dell'intestino per cancro stenosante, che senza l'indagine radiologica non si sarebbe potuto altrimenti diagnosticare.

Sul trattamento delle fistole permanenti del dotto di Stenone mediante la resezione del nervo auricolo-temporale.

G. MORONE. — L'O., dopo una revisione critica dei metodi conosciuti nella terapia delle fistole permanenti del dotto di Stenone, si sofferma sulla disinnervazione secretoria della parotide proposta da Leriche, accenna alle basi anatomo-fisiologiche sue ed ai risultati che si sono fino ad ora ottenuti in clinica in un numero già significativo di casi.

Riferisce quindi un caso di doppia fistola permanente del dotto di Stenone, da lui operato di resezione del nervo auricolo-temporale, operazione a cui si dovette di necessità ricorrere, malgrado le difficoltà che l'esistenza di una larga zona cicatriziale faceva prevedere, perchè data la complessità del caso di dovevano ritenere inapplicabili tutti gli altri metodi di cura allora noti.

L'atto operativo fu delicato e piuttosto indaginoso: lo scolo salivare cessò immediatamente nella fistola retromasseterina e solo dopo sei settimane in quella masseterina.

Illustrato il suo caso, l'O. conclude innanzitutto affermando che all'operazione di Leriche va assegnato un posto di onore nella cura delle fistole permanenti del dotto di Stenone e della parotide, per la semplicità di esecuzione che ordinariamente presenta, per la sua larga applicabilità e per l'affidamento che dà di successo; di poi stabilendo le indicazioni che nelle molteplici varietà di fistole permanenti del dotto di Stenone egli crede debbano avere quei metodi e processi meritevoli di essere conservati nella cura di questa infermità.

Di un grosso corpo estraneo (protesi dentaria) sbarrato nell'esofago toracico, estratto a distanza di un mese per via naturale.

G. MORONE. — A contributo della casistica dei corpi estranei dell'esofago l'O. riferisce un caso clinico in cui un apparecchio di protesi dentaria,

caduto accidentalmente nell'esofago di un individuo di 34 anni e che si era sbarrato nella porzione toracica dell'esofago a livello del punto di biforcazione della trachea, potè essere estratto per le vie naturali dopo una permanenza di un mese.

L'osservazione è di un certo interesse per il volume notevole del corpo straniero, per la relativa tolleranza dimostrata dall'esofago malgrado che il corpo fosse molto irregolare e fornito di uncini terminali che si erano infissi entro la sua parete, e fosse rimasto in posto per un tempo piuttosto lungo; ed infine per il fatto che fu ancora possibile la sua estrazione per le vie naturali, malgrado tante condizioni sfavorevoli, senza incidenti, con un apparecchio improprio (panierino di Graefe) dovuto usare di assoluta necessità. L'esame radiografico fu di grande utilità perchè dimostrò la sede della protesi non solo, ma la sua precisa disposizione e l'orientazione sua entro il tubo esofageo.

Voluminoso lipoma del dorso.

MASNATA (*Stradella*). — L'O. elenca i più voluminosi lipomi conosciuti nella letteratura. Data la benignità e precocità dell'intervento, oggi i lipomi voluminosi sono diventati piuttosto rari e per questo ne presenta uno di notevoli dimensioni.

Trattasi di uomo di 50 anni d'età, magnano di professione: il tumore ebbe inizio sulla spalla sinistra fin da 20 anni fa. L'accrescimento fu lentissimo nei primi 15 anni, si fece più rapido negli ultimi 4 anni. Il tumore, pendulo, giungeva fino a livello delle ultime vertebre lombari.

Aveva un peduncolo d'impianto di 73 centimetri di circonferenza. Era lungo 54 centimetri e la sua maggiore circonferenza, nella parte libera, era di 75 centimetri.

Venne operato con esito felice. L'operazione presentò qualche difficoltà per le notevoli aderenze del tumore al derma ed all'aponeurosi e per il carattere infiltrante degli acini lipomatosi. Il tumore estirpato pesava 10 chilogrammi.

L'O. fa rilevare come il caso confermi la teoria irritativa sull'origine dei lipomi dappoichè il paziente aveva sempre portato le pentole ed i pesi sulla spalla sinistra.

All'esame microscopico risultò trattarsi di un tumore misto, cioè di un lipoma fibro-missomatoso.

L'O. presenta quindi le fotografie dell'ammalato e del tumore.

A. GASBARRINI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

(4 novembre 1920).

Sul trapianto della valvola ileo-cecale.

A. CAUCCI. — L'O. riferisce sui primi risultati di esperienze intraprese nel cane, con lo scopo di stabilire se sia possibile nelle anastomosi ileo-coliche eseguire l'impianto nel colon dell'ileo munito della valvola ileo-cecale.

Egli escide una zona ovale di parete cecale intorno allo sbocco dell'ileo, ed esegue l'impianto, con la comune tecnica dell'enteroanastomosi per sutura, di questo disco di cieco, contenente la valvola, in un tratto distale del colon lateralmente.

La valvola ileo-cecale così trapiantata nel colon, unita al tenue, conserva la sua continenza, sì nel cadavere, che nel vivo, nel quale è possibile introdurre dell'acqua nel crasso ad una pressione di 10-15 cm. di Hg., senza veder refluire il liquido nel tenue.

L'O. ha osservato che, sezionato l'ileo a 7 cm. dalla valvola trapiantata e dimostratasi continente, pur rispettando il peduncolo mesenterico di essa e del tratto distale dell'ileo, questa perde istantaneamente e definitivamente la sua continenza.

Su la cura chirurgica della stasi intestinale cronica.

A. CAUCCI. — Presenta una ragazza, operata 18 mesi avanti per sindrome d'appendicite cronica con stasi fecale, affetta da *pericolite membranosa* (Jackson) senza lesioni macroscopiche dell'appendice, nella quale la rimozione delle aderenze comprimenti il colon e inginocchianti l'angolo epatico venne associata all'appendicostomia. Per la fistola appendicale si eseguirono nel periodo di due mesi irrigazioni isoperistaltiche del crasso, con le quali si otteneva lo svotamento biquotidiano dell'intestino.

L'operata è perfettamente guarita d'ogni disturbo, ha defecazioni quotidiane ed è meravigliosamente rifiorita in salute.

Sierodiagnosi, sieroterapia, vaccinoterapia della febbre maltese.

Prof. D'ALESSANDRO. — Per la diagnosi raccomanda come titolo minimo la diluizione 1 : 200 in primo tempo e, a malattia inoltrata, anche 1 : 250-300, dosi che valgono con stipiti a valore agglutinante alto (virulenti), per cui ritiene che era buona pratica virulentare di tanto in tanto quelli conservati in laboratorio. Ricorda che prima della 5ª giornata le agglutinine non compaiono nel sangue ed il momento opportuno per la prova è fra la 9ª e la 13ª. Ritiene inutile inattivare il siero per distruggere le agglutinine generiche, giacchè al titolo proposto queste non agiscono più. In quanto alla sieroterapia, la raccomanda purchè fatta in dose piuttosto alta (50-80 cmc.), preceduta da una iniezione antianafilattica di 5 cmc. con sieri ottenuti col nucleoproteide del germe e di cui sia noto il contenuto in U. I. Mette però in guardia di

non preannunziare risultati brillanti e rapidi, potendo andare incontro a delusioni. Ha poca fiducia nell'autosieroterapia, che anche in altre infezioni è stata vista fallire.

Passando a parlare della vaccinoterapia, la ritiene il processo più razionale e più attivo. Raccomanda l'uso dei vaccini che si trovano in commercio (Istituto Sieroterapico Milanese e Casa Welcome) dosati in scala crescente da 50 a 500 milioni. L'iniezione sottocutanea, meglio per via endovenosa, si fa in giorni alterni ed abitualmente non è necessario raggiungere la quarta. Bisogna intervenire precocemente e lo si può fare in qualunque periodo ed in qualunque stadio della malattia. Sconsiglia la pratica dell'uso dei germi vivi; raccomanda invece l'uso combinato del siero e della vaccinoterapia. Trova superflua la proposta del Newmann di un autovaccino perchè al lume delle moderne teorie immunitarie con la vaccinoterapia si provoca lo *choc* curativo col meccanismo della III immunità più che con la formazione di anticorpi. Del resto, usando anche un vaccino omogeneo si agisce anche in questo senso provocando uno stato immunitario più resistente e più duraturo.

Sull'ascoltazione orale.

Prof. U. Baccarani. — Egli rivendica al professor Galvagni della Scuola di Modena, il metodo dell'ascoltazione orale. La tecnica è semplicissima ed immune da pericoli di contagio. Dice che è importante adoperarla, quando manca ogni altro sintoma polmonare, ed è utile nella diagnosi differenziale con crepitii pleurici od altro.

Dott. Salvolini.

XIX Congresso dell'Associazione Francese di Chirurgia.

L'ulcera della piccola curvatura dello stomaco.

(Relatori Duval e Delagenière).

Tralasciando tutto quello che si riferisce all'ulcera gastrica in generale (etiologia, patogenesi, anatomia patologica, complicazioni), Duval illustra successivamente i quattro seguenti argomenti: frequenza, sintomatologia, radiologia, cura.

1. Frequenza. — Consultando una serie di statistiche, comprese le sue osservazioni personali, il relatore stabilisce la cifra media di 50 % come frequenza in rapporto alle altre localizzazioni della malattia di Cruveilhier.

2. Sintomatologia. — La sindrome dell'ulcera della piccola curvatura, come bene ha stabilito Mathieu, comprende dei sintomi comuni a tutte le ulcere gastriche, ma modificati per la specialità della localizzazione e inoltre qualche sintomo particolare.

Il dolore dopo i pasti è più precoce che nell'ulcera piloro-duodenale. Calmato dal riposo, meno nettamente in rapporto con la sensazione di fame, tende a lungo andare ad assumere un carattere continuo.

Il vomito è molto incostante. L'ipersecrezione a digiuno, i disturbi di funzionamento pilorico sono eccezionali. Per contro esiste frequentemente paresi ed atonia gastrica.

La palpazione rivela il più sovente un dolore ben localizzato, a sinistra della linea mediana, tra il bordo costale e l'ombelico. Praticata sotto lo schermo, la palpazione mette anche in evidenza, in certi casi, uno spasmo intermittente medio gastrico. Il dolore si irradia alla colonna vertebrale e si accompagna a contrattura del muscolo retto.

Bisogna ricordare ancora: lo spasmo del cardias (Guérin) nelle ulcere poste in alto, e alcuni fenomeni in rapporto con la lesione dello pneumogastrico, nausea, salivazione, bradicardia, miosi ed accentuazione del riflesso oculo-cardiaco (Loeper).

3. Radiologia. — Bisogna analizzare attentamente:

I. *Le modificazioni della piccola curvatura:*

a) Modificazione della linea che, nella porzione sopra stante all'ulcera, mostra un andamento rettilineo e un'assenza di mobilità tutt'affatto particolari.

b) Presenza di una nicchia di Haudek, con la sua bolla d'aria caratteristica dell'ulcera perforata e penetrante. Nei casi meno tipici bisogna ricercare i caratteri proprî della nicchia: permanente, fissa, corrispondente ad una zona dolorosa, disegnata da una macchia di bismuto che rimane dopo l'evacuazione dello stomaco. Bisogna sempre diffidare delle false nicchie di Haudek, studiare le immagini con cura e non attenersi mai ad una sola radiografia.

II. *Le modificazioni della grande curvatura:*

a) Presenza di un'incisura arrotondita, stretta e profonda, posta di fronte all'ulcera che dimostra l'esistenza di uno spasmo localizzato. Fissa e permanente nella forma e nelle dimensioni, questa immagine, senza essere di una costanza assoluta, ha tuttavia un gran valore di diagnostico.

b) Biloculazione mista (da ulcero-sclerotica della piccola curvatura associata a spasmo della grande), da differenziare dalla biloculazione da stenosi mediogastrica vera. Quello che la caratterizza è la rapida replezione della cavità inferiore, la sua continuità diretta con il tratto ristretto, senza livello proprio nè tasca ad aria particolare.

III. L'aspetto radiologico generale dello stomaco, che è generalmente atono, stirato, con contrazioni lente e deboli. L'assenza di disturbi di motilità dello stomaco è eccezionale. Nella gran maggioranza dei casi, c'è un ritardo nell'evacuazione pilorica e dilatazione dell'antro prepilorico.

Dalla sintesi di questi tre gruppi di immagini, dallo studio delle loro modalità di associazione, il relatore cerca di stabilire uno schema di tipi radiologici corrispondenti alle differenti forme di ulcera e ai suoi diversi stadî di sviluppo: ulcera all'inizio, ulcera costituita, ulcera perforata e penetrante, ulcera con biloculazione.

4. Cura. — I. *Indicazioni.* — Dalla sua esperienza personale e dall'esame di diverse statistiche, Duval conclude che l'ulcera parietale confermata, l'ulcera perforata e penetrante, l'ulcera con biloculazione mista, l'ulcera complicata da emorragie a ripetizione o da ipersecrezione con ipercloridria, sono curabili solo chirurgicamente.

Solo le forme iniziali, con sintomi lievi e stato generale buono, con diagnosi radiologica e batteriologica indiscutibile, sono indicate per una cura medica.

La sua efficacia è reale, ma la cura non deve prolungarsi al di là di un tempo ragionevole: se i suoi effetti non sono rapidi e positivi, deve cedere il posto al trattamento chirurgico. In ogni modo avrà sempre agito efficacemente preparando il malato e mettendolo nelle migliori condizioni locali e generali. Allo stesso titolo dovrà essere costantemente adoperata nel periodo post-operatorio.

II. *Metodi terapeutici.* — Dopo qualche accenno alla cura medica (dieta, regime latteo, medicamenti al bismuto, riposo in decubito dorsale, ecc.), l'autore tratta dei diversi processi chirurgici, dividendoli in tre gruppi.

A) Metodo indiretto: Gastro-enterostomia semplice.

B) Metodo diretto: Soppressione dell'ulcera mediante:

1° Cauterizzazione diretta (Balfour);
2° Escissione semplice;
3° Resezione a sella;
4° Resezione transgastrica (Mayo);
5° Resezione circolare segmentaria dello stomaco (Riedel);
6° Tamponamento per ripiegatura (Roth).

C) Metodo misto: Gastro-enterostomia associata ad uno dei processi di distruzione diretta.

Dopo aver respinta la gastro-enterostomia semplice, che ha il merito di essere un procedimento semplice e benigno ma che non apporta dei miglioramenti duraturi, il relatore si pronunzia nettamente per il metodo diretto al quale è indicato, in alcuni casi, associare la gastro-enterostomia.

Esposti i vantaggi e gli inconvenienti dei diversi processi di exeresi, Duval conclude che ciascun procedimento ha le sue indicazioni speciali e pensa che il chirurgo deve ben possedere la tecnica di ciascuno di essi affine di essere pronto per ogni eventualità.

Basandosi sulla propria esperienza, egli traccia lo schema di queste indicazioni:

a) Ulcera iniziale, ben localizzata, poco o affatto aderente, senza gastrite ipertrofica: escissione o meglio operazione di Balfour; in caso di stasi completare con una gastro-enterostomia.

b) Ulcera callosa, larga ulcerazione a sella, con aderenze pancreatiche, perigastrite estesa: resezione a sella. A malgrado delle difficoltà tecniche e della deformazione che determina, questa operazione altera meno di quello che farebbe credere la radiografia la motilità gastrica e dà buone guarigioni.

c) Ulcera iuxto-cardiaca, posteriore: escissione o cauterizzazione transgastrica di Mayo. Ugualmente nei casi di ulcera poco estesa ma largamente aderente ai piani profondi.

d) Ulcera con stenosi mediogastrica: resezione circolare.

e) Ulcera complicata con emorragie: operazione di Balfour.

Questa classificazione non è destinata che ad orientare le ricerche e ben stabilire i risultati. L'azione chirurgica deve, in conclusione, tendere alla distruzione dell'ulcera aggiungendo la gastro-enterostomia se c'è stasi.

III. *Risultati.* — Variano a seconda dell'età dell'ulcera, del suo grado di sviluppo, dell'operazione praticata.

L'operazione di Balfour nei casi presi all'inizio dà circa il 3 % di mortalità e circa l'80 % di buoni risultati. Il trattamento medico dà invece non più del 30 % di guarigioni durature; la malattia non curata affatto dà circa il 10 % di mortalità.

Terminando, l'autore insiste ancora sull'importanza della dietetica e delle cure post-operatorie.

DELAGENIÈRE, relatore, limita il suo studio all'anatomia patologica e alla tecnica operatoria.

Quanto all'anatomia patologica distingue:

a) L'ulcera acuta o recente, *l'exulceratio simplex* di Dieulafoy, che spesso è impossibile riconoscere macroscopicamente anche quando un'emorragia abbia reso necessario l'intervento chirurgico. La gastrotomia riesce nella maggioranza dei casi negativa ed è da sconsigliarsi.

La situazione esatta di questa ulcera non può essere precisata che nei casi di perforazione.

b) L'ulcera cronica; ne distingue due tipi: uno che evolve verso la guarigione (ulcera semplice o rotonda), l'altro che ha tendenza invadente e progressiva accompagnato da una serie di possibili complicazioni (ulcera callosa).

L'ulcera semplice o rotonda è una piccola ulcerazione, a bordi tagliati a picco e leggermente ispessiti; poco profonda, di aspetto biancastro e cicatriziale dalla parte della sierosa. Adenopatie frequenti, infiltrazione edematosa del piccolo epiploon, gastrite nelle vicinanze dell'ulcera e a distanza.

L'ulcera callosa è lo stadio di evoluzione che più spesso si osserva operatoriamente. Forma allora una tumefazione retratta, più o meno grossa, inglobante la piccola curvatura per un'estensione più o meno grande.

Ulcera profonda, a margini duri. La forma di questa ulcera, rotondeggiante all'inizio, tende a divenire ovalare per estensione progressiva verso il piloro.

Dalla parte del peritoneo si vede un'infiltrazione che dà luogo ad aspetti varî: ulcera a sella, ulcera anulare mediogastrica, ulcera gigante. In alcuni casi di infiltrazione diffusa la lesione assomiglia alla linite plastica.

Aderenze dovute a perigastrite determinano gravi deformazioni dell'organo. Esistono adenopatie di origine infiammatoria. Gangli ingrossati, rossastri, molli. Forse questa adenopatia ha per origine l'esistenza di piccole ulcerazioni iuxta-piloriche: perciò nelle forme con adenopatia sarebbe consigliabile l'ablazione o, per lo meno, l'esclusione del piloro.

L'ulcera callosa può in seguito andare incontro a un certo numero di complicazioni che è bene conoscere:

1° Cicatrici deformanti e dolorose (che debbono sempre essere resecate insieme con la tumefazione stessa).

2° Retrazioni stenosanti piloriche e mediogastriche (è necessario in questi casi praticare una larga resezione).

3° Perforazione aperta e libera (che necessita la resezione per poter suturare facilmente, data la durezza dei margini e la sclerosi del tessuto circostante).

4° Perforazione isolata e chiusa. È la forma più frequente che si diagnostica spesso per un ascesso sub-frenico. Il piccolo epiploon, il lobo di Spiegel, il legamento sospensore del fegato, possono essere interessati e formare il coperchio dell'ulcera. Quando questa si approfondisce nel pancreas, dando pancreatite reattiva, Delagenière consiglia di terminare l'operazione con un drenaggio delle vie biliari per evitare la persistenza, talora assai lunga, dei disturbi dispeptici e dolorosi.

5° L'ulcera-cancro, ossia l'evoluzione cancerosa di un'ulcera apparentemente benigna, è una complicazione innegabile e tanto più grave in quanto spesso è impossibile riconoscerla nel corso di una operazione. Anche il metodo di esame istologico estemporaneo, esperimentato a Rochester, non sembra dia i risultati che si speravano.

Il relatore conclude dicendo che, nel dubbio, il chirurgo deve sempre comportarsi come se si trattasse di una tumefazione maligna e praticarne l'exeresi, salvo speciali controindicazioni (aderenze, estensione, ecc.).

Riguardo alla tecnica operatoria il relatore, accennando all'insufficienza della gastrenterostomia semplice, conclude in favore della resezione dell'ulcera, anche nei casi di ulcera semplice non penetrante. Questo metodo gli sembra più razionale ed efficace di quello di Balfour, preferibile a quello di Mayo.

Nell'ulcera callosa della piccola curvatura iuxtopilorica, Delagenière pratica la pilorectomia larga secondo una tecnica simile a quella usata per il cancro e terminata da una gastrenterostomia (Billroth II).

Nell'ulcera callosa — *en selle* — della piccola curvatura, il piloro è intatto, la grande curvatura conservata in intero, e la ricostituzione dello stomaco è realizzabile. Ma la resezione della zona malata seziona la maggior parte dei nervi: lo stomaco, atono, diviene un sacco inerte. La gastroenterostomia complementare è indispensabile.

Nell'ulcera della piccola curvatura determinante la retrazione a bisaccia dello stomaco, pratica la resezione mediogastrica seguita dalla sutura dei due capi e dalla gastrenterostomia complementare.

Nell'ulcera della piccola curvatura iuxta-cardiaca, la resezione è assai difficile. Non bisogna fare la resezione *en selle*: il cardias e l'esofago retraendosi, rendono la sutura malagevole. Meglio la resezione totale dopo la liberazione, seguita dalla sutura dei due capi.

Questa forma è del resto assai rara e il relatore non ne ha visto che due casi, uno seguito da successo (resezione totale), uno da morte (resezione *en selle*, morte per insufficienza di sutura).

DISCUSSIONE.

KUMMER (*Ginevra*). — Afferma, in base alla propria esperienza, che non si può essere intransigenti riguardo al metodo da seguire ma regolarsi secondo le indicazioni del caso. Insiste sull'importanza della radiologia post-operatoria per controllare il funzionamento dello stomaco.

DE BEULE (*Gand*). — Crede che bisogna anzitutto cercare di distruggere l'ulcera: insiste sulla necessità di ben peritonealizzare la superficie cruenta e ricorda l'importanza delle cure pre- e post-operatorie.

MONPROFIT (*Angers*). — Non accetta l'anatema gettato dai relatori sulla gastroenterostomia. Tale intervento, se eseguito correttamente, dà, secondo lui, ottimi risultati.

TÉMOIN (*Bourges*). — È partigiano della gastropilorectomia larga, sistematica in tutti i casi. Insiste sulla necessità di sezionare prima dalla parte duodenale e di mobilizzare quindi da destra a sinistra.

Quando esistano aderenze, specie se si tratti di aderenze posteriori pancreatiche, cominciano le difficoltà. Anche qui la resezione da destra a sinistra è il metodo di scelta senza però insistere se lo scollamento è impossibile. Si lascia il fondo dell'ulcera che si raschia e cauterizza.

HARTMANN (*Parigi*). — Dopo avere accennato alla propria casistica, afferma, dal punto di vista terapeutico, che la gastro-enterostomia ha guarito e guarirà ancora un certo numero di malati e ne cita qualcuno la cui operazione rimonta a 10 anni fa. In ogni caso la gastrenterostomia deve sempre essere un complemento indispensabile delle resezioni.

PAUCHET (*Parigi*). — Ricorda che tutte le vere ulcere gastriche hanno per origine la piccola curvatura che è la via naturale dei liquidi irritanti; dice che le infezioni delle vie respiratorie e digestive superiori hanno grande importanza come cause predisponenti. Insiste sulla necessità di un'operazione precoce e consiglia di praticare prima dell'operazione esami radiologici ed esami di laboratorio completi, non trascurando mai la reazione di Wassermann.

Egli pratica la Balfour nei casi limitati, altrimenti la gastro-pilorectomia di cui però non nasconde i pericoli. Preconizza infine l'uso di filo riassorbibile per evitare l'ulcera peptica.

TISSERAND (*Besanzone*). — Dopo avere esposto la casistica personale e i vari metodi usati, conclude preconizzando il metodo misto: 1° distruggere l'ulcera; 2° fare la gastrenterostomia.

ABADIE (*Oran*). — Su 54 casi di gastro-pilorectomie di ulcera dello stomaco (16 casi comprendevano ulcere della piccola curvatura) ha avuto 52 guarigioni. Egli ha dovuto praticare questi larghi interventi per l'estensione e la profondità delle ulcere e per le aderenze che esistevano con gli organi vicini. Tuttavia egli afferma che è opportuno in quasi tutti i casi sopprimere deliberatamente il piloro.

MULLER (*Saint-Etienne*). — Difende l'operazione di Mayo, che è una buona risorsa in certi casi. Egli ha avuto buoni risultati anche con la sola operazione di Mayo senza gastrenterostomia complementare.

SCELBA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ipertensione obbligatoria dei nefro e degli arteriosclerotici.

Carnot e Rathery (*Paris médical*, 1920, n. 39) con dati clinici e sperimentali mostrano che l'ipertensione arteriosa è spesso indispensabile per assicurare la circolazione e la secrezione di un rene sclerosato. Essi hanno anche studiato sperimentalmente i rapporti stretti che legano la pressione arteriosa, la viscosità del sangue (?) venoso e l'uremia.

Ne deriva che se è necessaria l'ipertensione nei nefrosclerosi pel buon funzionamento renale, ogni abbassamento della tensione porterà all'anuria od all'oliguria; l'ipertensione deve quindi esser considerata come un processo reazionale di difesa da rispettare: è certo che l'eccesso di tensione fa correre il rischio di emorragie cerebrali ed altri danni, ma per evitare questi è imprudente abbassare la pressione: tali pazienti renali più spesso muoiono di uremia che di emorragia cerebrale: di qui il precetto terapeutico di non abbassare la ipertensione di un nefroscleroso se non diminuendo simultaneamente le resistenze circolatorie e specialmente la viscosità del sangue.

Gli stessi argomenti possono essere considerati per gli arteriosclerotici: anche qui occorre considerare i vantaggi e gli svantaggi dell'ipertensione e guardarsi dal diminuirla se non diminuendo parallelamente le resistenze vascolari che ne sono causa.

MONTELEONE.

Piuria asettica.

È opinione corrente che la piuria, in cui non si riesce a dimostrare la presenza di microorganismi, debba senz'altro attribuirsi a tubercolosi. B. Runeberg (*Fiuska Läkresällskapets Handlingar* e *Med. Review*, luglio 1920) in 56 casi di piuria asettica, in cui l'anamnesi era negativa per la blenorragia, ne ha trovato soltanto un terzo di origine tubercolare. Negli altri casi, o erano in giuoco, malformazioni congenite dei reni. oppure la piuria era da attribuirsi ad infezioni renali (stafilococchi od altri microorganismi) verificatesi in uno stadio in cui questi ultimi non erano dimostrabili nell'urina con i metodi ordinarî, trattavasi cioè di una antecedente nefrite glomerulare a focolaio con segni clinici inosservati.

La diagnosi di queste forme è importante, perchè, se è necessaria la nefrectomia nella forma tubercolare unilaterale, essa può essere risparmiata nelle altre. I punti per la diagnosi sono i seguenti.

In entrambe le forme, si osservano mono- e polimorfonucleari, nella stessa proporzione: però, nella tubercolosi, essi hanno contorni irregolari, bernoccoluti, e si colorano male ed inegualmente: mostrano inoltre dissociazione del protoplasma, spezzettamento dei nuclei, vacuoli, ecc., tutti caratteri che mancano nelle forme non tubercolari.

Un altro carattere è dato dall'anamnesi; è affatto eccezionale che nella tubercolosi si abbia l'inizio acuto, mentre ciò si osserva nel 60 % degli altri casi. Le ricadute, sono di durata relativamente breve nelle forme non tubercolari; sintomi gravi ed intervalli di benessere si osservano nel periodo di poche settimane; in tali forme si notano rapidi miglioramenti col riposo a letto, abbondante ingestione di acqua, dieta ed antisettici urinarî, mentre si osserva d'altra parte il rapido ritorno dei sintomi, sospendendo la cura.

Anche nelle forme non tubercolari può essere indicata la nefrectomia, quando la piuria è nettamente unilaterale ed il paziente ne soffre da anni, sì da essere reso invalido.

r. s.

La funzionalità renale nella gravidanza normale e patologica.

Applicando il metodo dell'azoturia sperimentale E. Trenti (*Folia Gynaecologica*, volume XIII, f. 4, 1920) ha osservato i risultati che si ottengono tanto nelle gravidanze normali, quanto nelle gravidanze complicate ad albuminuria, o a nefrite. Dallo studio di un certo numero di casi (36) egli giunge alle seguenti conclusioni:

1° Nelle gravidanze a decorso normale il rene reagisce alla prova dell'azoturia o con un comportamento simile in tutto a quanto si riscontra nei soggetti normali fuori dello stato puerperale, o con una reazione rapida ed intensa che supera in tutto il suo andamento le migliori reazioni ottenute fuori della gravidanza, ed in tali casi l'A. parla di ipersensibilità e iperfunzione renale; oppure con una speciale reazione caratterizzata da un policiclismo nell'eliminazione dell'urea.

2° Con il metodo dell'azoturia sperimentale si pongono in evidenza differenze ben chiare fra il comportamento del rene nelle albuminurie tossiche da veleni di origine ovulare e quello del rene nelle nefriti complicate dalla gravidanza stessa.

Le differenze principali sono rappresentate dal fatto che nelle albuminurie gravidiche la eliminazione dell'urea procede in modo non molto diverso da quanto avviene nelle gravidanze normali e solo dimostra con maggiore frequenza l'apparire di manifesti policiclismi; mentre nelle nefriti l'eliminazione ureica presenta l'andamento tipico delle nefriti fuori dello stato gravidico: cioè oscillazioni lente e di scarso grado, con tendenza nei casi gravi ad un continuo e progressivo innalzamento della curva e con piccola differenza tra l'eliminazione abituale e quella massima provocata.

L'A., anche in lesioni acute gravi proprie della *nephropatia* e *graviditate*, ha riscontrato reazioni con andamento che si allontanava assai da quello delle nefriti anche lievi, e prossimo invece a quello ottenuto nelle gravidanze normali.

L'A. ritiene quindi che il metodo dell'azoturia possa essere utilmente applicato, sia per lo studio della speciale funzionalità del rene nello stato puerperale, sia per differenziare i casi di albuminuria tossica da quelli di nefrite, ricavandone anche un elemento per la prognosi e per l'eventuale intervento operativo. *t. p.*

La nefrotomia nell'anuria eclamptica.

M. Gérard, nel *Journal d'urologie de Paris* (tome IX, n. 2, 1920), descrive il quinto caso che la letteratura ricorda di anuria totale trattata con successo con la nefrotomia.

Una primipara di 30 anni, nel 7° mese di gravidanza per una quindicina di giorni ha edemi alle gambe, oliguria, dolori, ecc. Dopo 15 giorni ha una crisi eclamptica: abbondante salasso, purgante drastico e la crisi cessa. Dopo 48 ore espulsione del feto morto, ma l'anuria è completa e resistente ad ogni medicazione: l'edema si generalizza, compare diarrea compensatrice.

Gérard al 7° giorno, aggravandosi le condizioni mette a nudo il rene destro, incide il bordo convesso, apre il grande calice inferiore nel quale mette una sonda n. 40. La sera comincia a defluire del liquido ematico dal tubo, liquido che raggiunge il giorno dopo i 125 gr.: persiste la diarrea e la inattività dell'altro rene.

Le condizioni vanno migliorando: il 4° giorno il rene integro inizia la sua funzione e da tal momento la secrezione urinaria progredisce rapidamente. Ad un mese di distanza l'ammalata, guarita, lascia l'ospedale.

Dei metodi di cura per l'eclampsia: medici, ostetrici, chirurgici, gli ultimi non rimontano che a 20 anni fa e consistono nella decapsulazione renale uni o bilaterale e nella nefrotomia. Mentre l'intervento chirurgico è diffuso in Germania, in Francia è riservato a limitate indicazioni, anzi alla sola anuria.

La decapsulazione è discutibile: in oligurie marcate o anurie ha dato una mortalità più elevata del 57 % delle eclampsie trattate con mezzi medici.

La nefrotomia decongestiona i reni e produce un abbondante salasso locale, salasso di sangue e liquidi interstiziali che bloccano la circolazione renale.

Sui cinque casi di nefrotomia pubblicati si notano 3 guarigioni e 2 morti; da ristrette statistiche non può certamente formularsi il valore terapeutico della nefrotomia, tuttavia non si può che esser bene impressionati dai risultati insperati ottenuti nei casi ad esito felice, progressivamente si attenuano poi scompaiono i sintomi uremici e il miglioramento coincide con una diuresi veramente considerevole.

MONTELEONE.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale tra la forma tubercolare e la forma caseoso-pneumonica della tisi.

Le fibre elastiche contenute negli sputi dei tisici (Ballin, *Ber. Klin. Wochenschr.*, n. 31, 1920), sono raggruppate in modo diverso a seconda che i malati siano affetti da una forma produttiva o da una forma essudativa di tubercolosi.

Mentre negli sputi di malati della prima forma le fibre elastiche sono disposte a ciuffi, in quelli di ammalati di pneumonite caseosa esse hanno struttura e disposizione alveolare. Negli sputi di ammalati che presentano contemporaneamente la forma produttiva e una pneumonite caseosa si trovano o soltanto delle fibre elastiche a struttura alveolare, oppure si trovano e quelle e delle altre riunite a ciuffi.

POL.

Contributo alla diagnosi tubercolinica della tubercolosi polmonare.

Ci sono alcuni individui nei quali la temperatura del corpo è fisiologicamente più alta del normale; in altri una tale anomalia termica può essere determinata da labilità termica nervosa, o da stati patologici diversi (piccole suppurazioni, intossicazioni intestinali, stati tiroidei, ecc.). In tutti questi individui è spesso molto difficile lo stabilire se l'ipertermia protratta non sia dovuta ad una

tubercolosi polmonare incipiente. A. Kirch (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 35, 1920) ha trovato che l'iniezione di una dose moltó scarsa di tubercolina (0.00005 cmc.), mentre non modifica affatto l'ipertermia dovuta alle cause sopraddette, esagera spesso l'ipertermia tubercolare.

La reazione termica in seguito ad una dose così minima di tubercolina è però possibile soltanto nei tubercolosi ipersensibili; l'identificazione di essi è molto importante, perchè, secondo l'A., essi sarebbero più bisognosi di cura dei tubercolosi non ipersensibili.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1247) *Azione degli arsenobenzoli.* — Al dott. C. V. da C.:

I preparati di arsenobenzolo non producono negli organismi indenni da lue effetti fisiologici e tossici diversi da quelli che si verificano somministrandoli ai sifilitici.

Non sapremmo consigliare l'uso di questi preparati, la cui azione non è mai scevra di pericoli talvolta gravi, a solo scopo ricostituente: essi invece vanno adoperati solo, e sempre con le dovute cautele, nella sifilide ed in quelle altre malattie in cui la loro azione terapeutica è bene accertata.

V. MONTESANO.

(1248) *Blenorragia e matrimonio.* — All'abb. n. 11180:

La presenza di pus nel materiale prostatico è sempre l'espressione di un processo ancora infettivo: tanto più poi se l'essudato uretrale, in seguito ad istillazioni provocatrici di nitrato di argento, lascia vedere la presenza di gonococchi.

In questi casi il matrimonio si deve sconsigliare in modo assoluto.

V. MONTESANO.

(1249) *Movimenti del feto.* — Al dott. Cesar Jannuzzi:

La intensità e la frequenza dei movimenti attivi fetali sono estremamente variabili: non è il caso di dar loro uno speciale valore prognostico nè è da ritenere che possano occasionare presentazioni anormali. Soltanto è da ricordare che movimenti violenti si hanno talvolta per un breve periodo quale fenomeno di sofferenza fetale e possono precedere la morte del feto stesso.

A. DI S.

(1250) All'abb. n. 11926:

Il sondaggio dell'utero deve essere evitato ove vi sia sospetto di gravidanza perchè si rischierebbe di provocare l'aborto per rottura o scollamento dell'uovo.

A. DI S.

(1251) Al dott. Betti da Prato:

Con riferimento alla recensione «il cacodilato di sodio ad alte dosi in terapia», la quantità di alcool fenicato al 5 % deve essere di gocce *quattro*.

MONTELEONE.

(1252) All'abb. n. 3863:

Un trattato moderno, sia di radiodiagnostica che di radioterapia, che non sia scritto in tedesco, è quello di Beclère, Cottenot e Laborde, che fa parte del nuovo trattato diretto dal Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, edito da Maloine.

Dello stesso trattato può prendere il volume delle malattie di stomaco fatto da Roux, Durand, ecc.

Per la radiodiagnostica dell'apparecchio digerente prenda la Monografia del Manginelli, che è in vendita presso la nostra Redazione.

P. A.

(1253) All'abb. n. 8129:

Un buon trattato di radioterapia è quello di Oudin e Zimmern della Collezione Gilbert e Carnot (Ediz. Baillière). Le vedute recenti sono però meglio svolte in trattati recenti tedeschi non ancora tradotti.

P. A.

(1254) Al dott. N. G. da S. (Treviso):

Sull'alcoolismo può consultare: Triboulet, Màthieu, *L'alcool et l'acoolisme*, Masson, ed., Parigi; G. Coronedi, *I veleni sociali*, Sassari; G. Allevi, *L'alcoolismo*, Milano, Hoepli; Viaud e Vasnier, *La lutte contre l'alcoolisme*, Asselin e Houzeau, ed., Parigi; Horfley V. e Starge M., *Alcohol and the human body*, Macmllan, ed., Londra. Non conosciamo traduzioni delle due memorie di Bunge.

fil.

(1255) All'abb. n. 11104:

Il volume di Sella e Grassi non è in commercio. Può chiederlo agli AA. (Istituto di anatomia comparata della R. Università di Roma); oppure ottenerlo abbonandosi agli *Annali d'Igiene*.

L. P.

(1256) Al dott. G. M. da Venezia:

Vicarelli: *Terapia ostetrica d'urgenza*. Unione tipografico-editrice, Torino.

l. b.

VARIA

Lo studio della faccia umana.

La forma esterna facciale non è che il velame che ne copre altre più complesse, più varie, più importanti. Lo studio della faccia umana, come si esprime Alfred Paul Roger, è intensamente affascinante.

Inconsciamente le faccie vengono classificate in forti o deboli, in attrattive o antipatiche, senza che si considerino i fattori responsabili di queste condizioni. I bambini che hanno, per esempio, la bocca aperta ed uno scarso tono muscolare, sono, a prima vista, giudicati *insufficienti*.

Perchè questo concetto essenzialmente psicologico abbia un fondamento positivo, si dovrebbe partire da uno studio anatomico e fisiologico delle regioni superficiali e profonde della faccia umana. L'ortodontologia ha già fatto abbastanza, ma la concezione del suo campo di lavoro è rimasta tuttora ristretta: dal raddrizzamento, per così dire, dei denti, essa deve arrivare alla correzione del volto, con indagine metodica ed osservazione dei fatti.

L'importanza dell'esatta funzione muscolare non è stata fin'ora giustamente calcolata. Eppure sono i muscoli della masticazione e della espressione che, giustamente calcolati, esercitano sulle sottostanti ossa la più grande influenza. Se questi muscoli non si vengono a trovare, in un certo momento, sotto un giusto controllo, si avranno anomalie più o meno elevate delle fragili strutture ossee e dentarie infantili. Disturbata una volta una trazione od un solo piano di trazioni muscolari, tutto l'insieme, tutta l'unità fisiologica facciale sarà gradatamente, e sempre maggiormente, alterata.

I congegni meccanici, gli archi espansivi, come metodi di cura, non sono che mezzi unilaterali per la correzione, poniamo, del respiro boccale. L'anatomia e la fisiologia, quanto maggiore è lo sviluppo delle scienze ad esse commesse, restano sempre la base granitica, la guida per la comprensione dei fenomeni umani, delle questioni pratiche, delle regole terapeutiche ed ortopediche.

Qualsiasi forma, anche la più comune ai nostri occhi, riacquista un nuovo fascino se procediamo a conoscerla più intimamente.

Leonardo da Vinci nel dipingere la mano e il volto sentì, primo nel mondo artistico, il bisogno di vederne la struttura che si nascondeva sotto la cute, e dopo i suoi studi anatomici, egli materializzò sulle tele l'eterno sorriso indefinito.

Alcuni recenti Trattati francesi hanno diviso le faccie umane in tipo digestivo, respiratorio, cerebrale e misto. Se c'è oggi una faccia essenzialmente digestiva, è quella dei popoli nelle loro prime fasi di civiltà, come i senegalesi. La percentuale delle faccie così dette miste è altissima; tutto al più in queste potrà esservi una tendenza più o meno spiccata verso qualcuno degli altri tipi fondamentali, come nella razza Ebrea, in cui il tratto respiratorio è a preferenza sviluppato.

La faccia digestiva è caratterizzata dal predominio delle ossa mascellari e specialmente della mandibola. Come campione è la faccia del Rossini. Nella faccia respiratoria il tratto glabello-alveolare superiore spicca notevolmente, come nella figura di Leonardo da Vinci. Il tipo cerebrale è caratterizzato dalla prevalenza della fronte: in altre parole, la faccia è quasi attutita, quasi dominata dalle ampie orbite; classica, sotto questo aspetto, è la faccia di Napoleone I.

Ad ogni tipo di faccia corrisponde una diversità di forme e specialmente di curvature ossee, di traiettorie, di inclinazioni di piani e, di conseguenza, una diversità di configurazione muscolare per ciò che concerne la forma del ventre e dei capi, se muscoli lunghi; o la forma triangolare, quadrata, più o meno geometrica, se muscoli piatti.

Quest'articolo non è che uno spunto, che un sommario: il suo sviluppo potrebbe essere continuato soltanto in un teatro anatomico, purchè vi si trovino possibilmente indici facciali incontrovertibili. B. D. V.

(Dalla *Stomatologia*).

Per finire.

— L'ho passata brutta; sono stato per qualche giorno nello stato comatoso.

— E che tempo vi faceva?

(*España Médica*, 1° nov. 1920).

A proposito del Congresso italiano di chirurgia.

Nel fascicolo 46 della Sezione pratica del «Policlinico» (anno 1920) a pag. 1321, a proposito del resoconto sul V Congresso Internazionale di Chirurgia, e specialmente sul IV tema «la Radiologia in Chirurgia», si legge che il dott. Mioni, relatore, dopo aver riassunta la storia relativa all'argomento, ha riferito le osservazioni potute fare in Roma presso la Clinica Chirurgica e la Ostetrica.

Ora il dott. Mioni desidera di far rilevare, come risulta infatti dalla relazione già pubblicata *in extenso*, che *tutta la parte di radioterapia* riguardante i malati sui quali ha rivolte le sue osservazioni è stata fatta presso l'Istituto di Elettroterapia e Radiologia medica della R. Università di Roma, diretto dal prof. F. Ghilarducci.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per le autopsie.

È intuitivo che le autopsie sono di somma utilità per chiarire le diagnosi, per giungere alla soluzione di problemi clinici intricati, per scoprire nuovi veri. Esse costituiscono il complemento indispensabile della clinica; consentono alle nostre conoscenze mediche di affermarsi e di progredire.

La camera incisoria è, dai tempi di Morgagni, uno dei centri della medicina; ma è destinata ad assurgere ad un'importanza sempre crescente.

Eppure le autopsie non sono ancora consentite in modo incondizionato: le famiglie cui i morti appartengono, possono ora effettivamente opporsi. Così molti casi che importerebbe delucidare, restano avvolti nell'ombra ed incompresi.

È tempo di debellare il pregiudizio dell'intangibilità dei cadaveri di persone care, dettato da un miope sentimentalismo, pernicioso all'avvenire della medicina. Occorre togliere tutte le restrizioni; stabilire il diritto esplicito, assoluto, incontrovertibile, degli ospedali, delle cliniche, dei medici privati, a compiere le autopsie, lasciando alla sola discrezione dei medici la selezione dei casi.

Questa misura, mentre risponderebbe alle esigenze della medicina, andrebbe a benefizio di tutta l'umanità.

***

Di tempo in tempo si sono elevate delle voci e sono state promosse delle iniziative per ottenere l'attuazione di questa misura; ma le voci si sono spente, le iniziative sono cadute.

Sappiamo che è in via di elaborazione un provvedimento in questo senso; ma esso procede tra incertezze e riluttanze. Chiediamo agli organi responsabili, i quali hanno avuto il merito di promuoverlo, di non desistere. E ci auguriamo che questo vecchio *desideratum* — il quale interessa tutta la famiglia medica e assurge ad un'alta concezione umana e civile — sia finalmente per essere accolto.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

L'Associazione Italiana fra i Direttori Sanitari d' Istituti Ospitalieri.

Il Comitato direttivo dell'Associazione, adunatosi a Venezia, ha approvato i seguenti ordini del giorno:

1. Considerato che la situazione economica delle Amministrazioni Ospitaliere si va facendo sempre più critica per l'aggravarsi inevitabile di spese, per i ritardi persistenti nelle riscossioni dai Comuni, a cui si aggiunge diminuzione nelle presenze dei malati;

rinnova i voti più volte espressi affinchè prima che si arrivi a dover limitare o sospendere il ricovero dei malati sia provveduto:

a) a far riscuotere al più presto alle Amministrazioni Ospitaliere tutti i loro crediti per rette di spedalità e le somme che derivano dai riparti di disavanzo posti a carico dei Comuni ed a semplificare la procedura per gli addebiti e le riscossioni;

b) ad affrettare l'istituzione delle Casse di assicurazione contro le malattie, così che i Comuni siano alleggeriti di un onere che non possono sostenere;

c) a fornire con tasse speciali — appena sanata la situazione presente — i mezzi necessari per il funzionamento attuale e per rendere più completa e più adatta al più presto l'assistenza ospitaliera;

d) ad adottare quei provvedimenti, come il raggruppamento delle Amministrazioni ospitaliere, che permettano di realizzare economie e coordinare l'azione dei vari istituti;

e) a dare all'elemento tecnico l'autorità necessaria a che l'indirizzo di tutti gli ospedali sia corrispondente al progresso scientifico ed alle esigenze sociali.

2. Considerato come in molti Ospitali siano rimaste *vacanti le Direzioni Sanitarie,* e ancora non siano stati nominati nuovi titolari;

insiste perchè siano regolarmente indetti i relativi *concorsi* e perchè le Commissioni giudicatrici siano formate da *Professori di Igiene e Direttori Ospitalieri,* con prevalenza di questi ultimi, data la loro specializzazione.

3. Considerato l'attuale momento che attraversano le Istituzioni Ospitaliere e la necessità assoluta che esse abbiano a realizzare una perfetta *organizzazione tecnica* e che la gestione amministrativa interna veramente risponda ai fini dell'Istituto, pur conciliandosi con la maggior possibile economia;

fa voti perchè in tutti gli Ospitali siano istituite le *Direzioni Generali,* affidate a Medici specializzati, e perchè in esse sia concentrata tutta la gestione *tecnica e amministrativa* interna, mettendo alle sue dipendenze gli organi tecnici e amministrativi necessari.

4. Riconfermando, in riguardo agli *stipendi dei Direttori Sanitari,* le richieste contenute nel 3° ordine del giorno del Convegno di Trieste;

fa voti perchè, in considerazione delle inasprite condizioni di vita, agli stipendi ivi designati venga ora aggiunto il «caro-vita».

5. Considerata la necessità che, ad ottenere un migliore andamento e rendimento delle aziende ospitaliere, vengano più strettamente interessate e fatte partecipare alla soluzione dei diversi problemi amministrativi le varie categorie del personale;

fa voti perchè *il Direttore sia autorizzato a convocare e presiedere Commissioni consultive per voti e pareri su questioni amministrative, nelle quali siano rappresentate le varie categorie del Personale, che siano nominate, annualmente, dal personale medesimo, categoria per categoria.*

6. Riconferma e ribadisce le richieste dell'ordine del giorno 4° votato dal Convegno di Trieste, sulle *Scuole per infermiere;*

e fa voti perchè ne sia sollecitata la istituzione e siano fatti provvedimenti economici per assicurarne il funzionamento, e perchè esse vengano affidate agli Istituti Ospitalieri.

7. Riconferma il voto espresso nell'ordine del giorno 8° del Convegno di Trieste, sulla istituzione sollecita delle *Casse di assicurazione contro le malattie,* che possano venire in aiuto delle condizioni economiche gravissime delle istituzioni ospitaliere;

e fa voti perchè da queste si trovino i mezzi per garantire e far migliore l'assistenza ospitaliera, senza togliere la propria autonomia agli Istituti ospitalieri ora esistenti.

L'Associazione Nazionale dei Medici Condotti.

Le sezioni di tutta Italia sono 135; gl'iscritti sono 6677. La sezione che conta meno soci è quella di Prenestina con 7 iscritti; seguono Urbino, Val Bisenzio e Cardone Valtrompia con 8 iscritti; Isola d'Elba con 10; Val Camonica con 12; Val di Nievole con 14; Carrara con 15; Val Sesiana e Chiavari con 16; Cesena e Civita Castellana con 17; Civitavecchia, Fano e Rieti con 19, ed Ossolana e Livorno con 20, e così via. Superano il centinaio d'iscritti: Treviso con 102; Napoli con 103; Bergamo con 105; Padova con 106; Avellino con 108; Cosenza con 109; Vicenza con 120; Firenze con 121; Verona con 131; Bologna con 133; Catanzaro con 135; Salerno con 150: è questa la sezione più numerosa.

Le sezioni del Mezzogiorno peninsulare ed insulare sono 21 con 1570 iscritti.

Nella Cassa di Mutuo Soccorso dell'A. N. M. C.

Il Consiglio direttivo è risultato composto dei dottori Ceremicola, Danioni, Della Valle, Oliaro, Serafini.

A presidente della Cassa è stato proclamato il dott. Romano Ceramicola di Arquà Polesine.

Tutti i medici condotti dovrebbero inscriversi subito, nell'interesse proprio e delle loro famiglie.

Per le adesioni e le iscrizioni rivolgersi al dottor Daniele Carobbio a Cologno Monzese (Milano).

I medici reduci dalla zona di guerra.

L'Associazione Napoletana dei medici reduci dalla zona di guerra ha presentato al Ministro Labriola un memoriale in cui si formulano i seguenti voti:

1° che nel servizio di assicurazione obbligatoria contro le malattie vengano assunti di diritto e senza concorso, quali medici di zona, tutti i medici che appartengono alla Federazione delle Associazioni dei medici reduci di guerra per avere al loro attivo due anni di servizio in zona di guerra o uno in zona di operazione, per essere invalidi o mutilati, per essere stati prigionieri, è aver riportato ferite che li autorizzano a fregiarsi del distintivo, per essere decorati al valore;

2° che giusta quanto previsto nello schema di disegno di legge per le Assicurazioni obbligatorie contro le malattie, al capoverso 8 dell'art. 14, che determina gli Istituti di previdenza sociale, sia mantenuto tra i membri del Consiglio direttivo, il delegato dei medici di guerra della Circoscrizione.

(Abbiamo riportato per debito di cronaca questi voti, che malgrado le nostre vive simpatie per chi «ha fatto la guerra» noi siamo ben lungi dall'approvare. — *N. d. Redaz.*).

Boicottaggio di concorsi medici in Inghilterra.

L'Associazione Medica Britannica, la quale abbraccia quasi tutti i medici del Regno Unito e delle Colonie (annovera oltre 22,000 soci), ha deciso di far boicottare tutte le offerte agli impieghi medici più modesti (assistente medico generale, assistente medico di tisiologia, assistente medico scolastico), qualora lo stipendio offerto sia inferiore a 500 sterline annue, che al cambio odierno corrispondono a 50,000 delle nostre lire!

Il «British medical Journal», organo ufficiale dell'Associazione, il «Lancet», che è il più accreditato giornale medico inglese, e il «Medical Officer», in piena intesa, hanno stabilito di rifiutare ogni inserzione per posti vacanti, il cui stipendio sia inferiore a questo limite.

La maggioranza delle istituzioni di assistenza sanitaria si sono piegate alla richiesta, eccezion fatta per qualcuna, che ha creduto di valersi dei giornali politici per offrire posti a condizioni meno vantaggiose. Ma l'Associazione Medica Britannica non disarma; e il suo organo ufficiale sollecita i giovani medici a non accettare tali offerte ed a rivolgersi, per le informazioni relative, presso la segreteria dell'Associazione.

Non è forse fuori di luogo rilevare che l'Inghilterra è molto più ricca dell'Italia; che la sua ricchezza si accresce e si consolida, poichè non v'imperversano le utopie comuniste, il sabotaggio sistematico delle pubbliche amministrazioni e gli scioperi; che le assicurazioni contro le malattie hanno elevato notevolmente il livello medio dei compensi nella corporazione medica: perciò i giovani medici possono conseguire simili stipendi, che la maggioranza dei medici italiani deve contentarsi di guardare molto da lontano.

L. V.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8588) *Elenco dei documenti - Pubblico concorso.* — Dott. abbonato 5505. — La Commissione ha male operato escludendola dal concorso per aver presentato l'elenco dei documenti che possiede, redatto in conformità del Regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale. Il medico condotto è un impiegato comunale e non vi è ragione per non applicare a suo riguardo le norme sancite per tutti gli impiegati del Comune nel silenzio della legge e del Regolamento sanitario. La graduatoria formulata dalla Commissione può essere impugnata insieme alla deliberazione consiliare con cui si nomina il medico condotto dinanzi alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato. L'elenco dei documenti redatto in conformità di legge conserva sempre il suo valore probatorio.

(8600) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da F. — Il Decreto del 9 marzo 1919, portante la concessione della indennità caro-viveri a favore degli impiegati comunali non fa distinzione fra impiegati che aveano stipendio fisso prima della sua data od altro. Esso parla di impiegati comunali in genere e di impiegati temporaneamente assunti, cioè interini. A Lei, quindi, compete la indennità caro-viveri fin dal giorno in cui ha assunto servizio, e può valersi anche della via giudiziaria se, per avventura, il Comune perseverasse nel suo ingiustificato diniego.

(8601) *Aspettativa per motivi di salute.* — Dottor E. T. da M. — Agli impiegati comunali in aspettativa per ragione di salute deve essere corrisposta la indennità caro-viveri. Essendo in aspettativa per ragione di salute non può essere riconosciuto il servizio a scavalco che presta nella frazione. Nei concorsi per la nomina a medico condotto non è ammessa la esibizione del certificato universitario invece del diploma originale di laurea o della copia notarile di essa.

(8603) *Pagamento di tassa focatico.* — Dott. R. C. da M. — Il medico condotto, sia titolare sia interino, sempre che ha nel Comune la propria residenza è tenuto al pagamento della tassa focatico. Se i suoi predecessori non la pagavano, sarà dipeso da un benevolo trattamento che loro usava l'amministrazione municipale.

(8604) *Assistenza ai parti ed operazioni ostetriche - Caro-viveri.* — Dott. G. A. D. da B. — Il medico condotto non è obbligato alla assistenza dei parti normali in luogo e vece della levatrice. Se compie tale prestazione deve essere pagato dal Comune, il quale, a sua volta, non paga la levatrice, perchè manca. Alle operazioni ostetriche è obbligato per tutti, trattandosi di condotta a cura piena. La persona di servizio non è mai considerata come persona di famiglia, sia che dorma in casa, sia che vada a dormire altrove. A Lei non può competere che la indennità caro-viveri di lire 65 mensili.

(8606) *Ufficiale sanitario - Pensioni.* — Dottor Itnelai. — Non è il caso di togliere a Lei l'incarico provvisorio di ufficiale sanitario per affidarlo al collega anche in linea provvisoria. Gli anni di studio universitarii non vanno calcolati in quelli utili per la pensione.

(8607) *Nomina a medico stabile - Periodo di prova.* — Dott. F. G. da M. — Ancorchè il medico sia conosciuto, non può essere nominato medico condotto effettivo senza il concorso e senza aver fatto precedentemente il periodo di prova. Sono disposizioni di ordine generale, cui non è possibile derogare con private convenzioni.

(8608) *Somministrazione gratuita di medicinali - Croce Rossa.* — Dott. G. M. da P. — A tutti gli inscritti nello elenco per l'assistenza sanitaria gratuita debbono essere gratuitamente forniti i medicinali in base all'art. 62 del Regolamento approvato con R. Decreto del 19 luglio 1906, n. 466. Per ottenere il certificato che Le occorre deve farne domanda alla Direzione Generale della Croce Rossa, che ha sede in Roma.

(8609) *Nomina di medico condotto senza concorso - Disdetta - Aumento di stipendio.* — Dott. abbonato 7413. — Non è possibile ottenere la nomina a medico condotto effettivo senza concorso non ostante siasi precedentemente prestato per lungo tempo servizio provvisorio. Se nell'atto di nomina è detto che Ella deve rimanere in carica fino alla nomina del successore per concorso, è naturale che fino a quando tale evenienza non si verifichi non può essere obbligata a lasciare il posto. Se fu nominata a tempo indeterminato, cioè senza prefissione di scadenza, deve essere disdettata almeno due mesi prima di lasciare il servizio. Competono anche a Lei gli aumenti di cui è cenno e ben può, per ottenerli, ricorrere, in caso di rifiuto del Comune, alla G. P. A. a' sensi dell'art. 26 della vigente legge sanitaria.

(8610) *Concorsi a medico condotto - Titolo di preferenza.* — Dott. M. G. da B. — Il Decreto che Ella desidera conoscere è del 18 settembre 1919, n. 1825. Esso fu pubblicato nella «Gazzetta Ufficiale» del 15 ottobre 1919, n. 245.

(8612) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da O. — Avendo Ella cinque persone di famiglia conviventi ed a carico ha diritto alla indennità supplementare di cent. 85 al giorno per ogni persona eccedente le prime quattro, purchè dimostri che sia a carico e convivente ed inabile al lavoro. L'indennità dovrebbe decorrere dal giorno della nascita dell'ultimo figlio, cioè dal 27 giugno 1919.

(8613) *Concorsii a medico condotto - Pensionati.* — Dott. G. N. da N. — La legge non si oppone a che un medico collocato a riposo ed in godimento di pensione prenda parte a nuovo concorso per la nomina ad altra condotta. Anzi l'art. 29 della legge sulla Cassa di previdenza lo prevede eplicitamente e dà le norme occorrenti pel caso che il sanitario voglia reinscriversi alla Cassa.

(8615) *Concorsi - Documenti.* — Dott. G. M. da C. S. — La deliberazione della Commissione giudicatrice si può impugnare unitamente alla deliberazione del Consiglio comunale con cui si procede alla nomina del medico condotto alla IV Sezione del Consiglio di Stato per eccesso di potere o violazione di legge o di regolamento. Il termine per ricorrere è di giorni 60 dalla notifica.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

Concorso a medico di reparto delle Ferrovie dello Stato.

È aperto il concorso per titoli per medico dei seguenti reparti:

1. *Compartimenti di Roma e Ancona*:

Albano, Alfedena, Alviano, Anagni II, Anzio I, Anzio II, Arpino, Aspio, Attigliano, Avezzano I, Avezzano II, Bastia, Bellante Ripattone, Bracciano, Bugnara, Campo di Giove, Capistrello, Capranica, Carnaiola, Carroceto, Carsoli, Castel di Sangro II, Castel Gandolfo, Cattolica, Cesano, Cineto Romano, Cocullo, Collarmele, Fabriano IV, Falconara Marittima I, Fano II, Fermignano, Forano, Frontone, Gallese, Giulianello, Giulianova III, Iesi, Lanuvio, La Storta Formello, Lunghezza, Manziana, Marino, Marzocca, Montalto di Castro II, Morolo, Narni, Nettuno, Orbetello I, Orbetello III, Oriolo, Pesaro I, Pesaro II, Pettorano sul Gizio, Pollenza, Porto Civitanova II, Porto S. Elpidio, Potenza Picena, Prezza, Roccasecca II, Ronciglione, S. Benedetto del Tronto I, S. Severino Marche, S. Vincenzo Valle Roveto, Sassoferrato II, Scanzano Belfiore, Segni, Senigallia, Sgurgola, Sipicciano, Spello, Stimigliano, Tocco Castiglione, Tuoro, Valmontone, Varano, Velletri II, Vetralla I, Vetralla II, Vigliano, Viterbo I, Viterbo II, Zagarolo.

2. *Compartimenti di Napoli, Bari e Reggio Calabria*:

Acerra, Acquafredda, Agropoli, Albano di Lucania, Amendolara, Avellino II, Aversa I, Bagnoli Irpino, Balvano Ricigliano, Barra, Battipaglia II, Bellavista, Benevento II, Cairano, Calciano I, Campobasso I, Casalbuono, Cascano I, Catanzaro Sala I, Cerignola II, Contursi, Benevento IV, Briatico, Brindisi di Montagna, Caianello, Cosenza I, Foggia VII, Francavilla Fontana, Gaeta, Gallipoli, Lagonegro I, Lagonegro II, Larino, Lecce I, Lecce II, Mesagne, Molfetta, Monasterace Stilo, Monopoli, Montoro, Nicastro, Palma S. Gennaro, Palombara, Paternopoli, Pontelandolfo I, Pontelandolfo II, Potenza II, Riace, Romagnano Pietri, Rocca d'Evandro, Santa Croce del Sannio, Santa Maria Capua Vetere, San Giorgio a Cremano, San Giovanni a Teduccio, San Donato di Lecce, San Marco Roggiano I, Serino, Solopaca, Sparanise, Taranto IV, Taranto VI, Termoli III, Torchiara.

Le domande corredate dei titoli e dei documenti di rito devono pervenire non più tardi delle ore 17 del 31 and. alla Sezione Sanitaria di Roma per i reparti dei Compartimenti di Roma e Ancona ed all'Ufficio Sanitario di Napoli per i reparti dei Compartimenti di Napoli, Bari e Reggio Calabria.

Per chiarimenti rivolgersi ai rispettivi Capi-Stazione.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Concorso per titoli ed esame a medico assistente in soprannumero; L. 3510 soggette a ritenuta del 10 % per la Cassa di Previdenza dei Sanitari; caro-viv. Età limite 30 anni (salvo 4 anni del servizio di guerra). Prova clinica sul malato ed esercitazione pratica sul cadavere. Scad. ore 17 del 31 gennaio. Nomina per un anno con effetto dal 1° marzo. Chiedere annunzio alla Commissione amministrat.

CENATE SOTTO (*Bergamo*). — Condotta consorziale con Cenate Sopra e S. Paolo d'Argon. Scad. 31 genn. L. 6000 fino a 1000 poveri, L. 500 per uff. san., L. 1000 per cavallo, lorde; tre sessenni del decimo. Servizio entro 30 giorni.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Concorso per titoli ed esami a medico primario per la direzione di un Turno Medico. Età massima, al 31 genn. 1921, anni 44, fatta eccezione per i concorrenti che appartengano od abbiano appartenuto al personale sanitario con servizio di effettivo presso gli Ospedali suddetti per non meno di un quadriennio, purchè non abbiano superato gli anni 49. I concorrenti dovranno avere almeno 7 anni di laurea e non meno di 5 anni di servizio in Ospedali o Cliniche o Istituti di Patologia medica, dei quali non meno di tre anni compiuti come effettivi. Stipendio di L. 5500 lorde.

L'Amministrazione si riserva di sottoporre i concorrenti a visita collegiale medica. Non si terrà conto delle domande e dei documenti per qualsiasi ragione pervenuti dopo le ore 18 del 31 gennaio. Le pubblicazioni scientifiche di ciascun concorrente dovranno essere presentate in cinque esemplari. L'eletto assumerà l'ufficio dietro chiamata dell'Amministrazione, prenderà servizio in un Turno di Cronici presso lo Spedale di Bonifazio e resterà in carica per un biennio di prova, dopo di che potrà essere confermato per un quindicennio. Chiedere l'annunzio.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Concorso a sei primari medici e tre primari chirurghi, per soli aiuti. Scad. ore 12 del 15 febbr. Età limite 49 anni. L. 6000 lorde. Tassa di L. 100; ritenuta di L. 400 sulle prime rate di stipendio dei nominati. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria generale

SELLANO (*Perugia*). — Condotta residenziale lire 6000 e tre quinquenni del decimo; L. 1200 per caro-viv.; L. 2000 per disagiata residenza; mezzi di trasporto a carico del Comune per tutti gli abitanti. Accettaz. entro 8 giorni, assunzione del servizio entro 20. Scad. 31 genn.

VOLTRI (*Genova*). — *Ospedale S. Carlo.* — Concorso per titoli e, in caso d'insufficienza dei titoli, per esami, a chirurgo primario e chirurgo aiuto, con gli stipendi rispettivi di L. 2000 e di L. 1200 (*sic*), al lordo dell'imposta di R. M., più le retribuzioni e le percentuali di compartecipazione ai proventi lordi e degli atti operativi e delle analisi chimiche e batteriologiche. Scad. 20 genn. Gli eletti dovranno stabilire la loro residenza nella città di Voltri ed assumere il servizio entro 30 giorni dalla partecipazione di nomina.

Diffide.

Nuove diffide: Cesara e Borgo Ticino (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati: il dott. Attilio Versari, assistente ordinario nella Clinica dermosifilopatica della R. Università di Napoli; Egidio Foti, assistente ordinario dell'Istituto di Anatomia umana normale della R. Università di Roma; il dottor Giuseppe Radogna, assistente ordinario nell'Istituto di Anatomia umana normale della R. Università di Roma.

Il dott. Ascanio Colucci, medico condotto e ufficiale Sanitario di Squinzano (Lecce), è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per aver debellato in pochi mesi un'epidemia di vaiolo sviluppatasi l'anno scorso nel comune.

Il prof. dott. Omero Ricci è stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per meriti professionali.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la profilassi delle malattie veneree.

Una Commissione di competenti in venereologia, nominata dal Ministero dell'Interno, ha redatto uno schema di regolamento legislativo, il quale mira ad una efficace difesa della società contro infezioni pericolose che gravemente minacciano la validità e la stessa integrità dell'attuale e delle future generazioni. Le provvidenze in esso contenute segnano un progresso su quelle del vigente regolamento (27 luglio 1903). Riguardano principalmente:

1° L'obbligo della denuncia di tutti i casi di sifilide con manifestazioni contagiose riscontrate nelle scuole, istituti di educazione, di cura, ecc.; in una parola, in qualsiasi collettività, sia civile che militare.

2° L'obbligo del dispensario celtico per tutti i capoluoghi di provincia e pei Comuni con 30,000 abitanti, e si dà facoltà di istituirli anche negli stabilimenti, qualora sia richiesto dalla presenza di malattie veneree e sifilitiche.

3° Si estende l'obbligo del concorso per esame e titoli alla nomina dei direttori di dispensari e sale celtiche.

4° Ai medici fiduciari per la visita alle donne nelle sale di meretricio si sostituiscono medici visitatori nominati dai Prefetti, con maggiori garanzie di competenza tecnica. Sono accordati taluni vantaggi alle meretrici, che volontariamente si sottopongono a visite periodiche da parte dei medici visitatori o dei medici addetti ai dispensari per la specialità. Ad assicurare una più regolare ed efficace funzione degli istituti per la profilassi e cura delle malattie veneree è contemplata la istituzione di Medici ispettori dermosifilopatici, da scegliersi fra specialisti di provata competenza in rapporto con la particolare importanza della loro funzione.

Il regolamento è stato sottoposto al C. S. di Sanità, il quale, dopo ampia discussione, lo ha approvato con lievi modificazioni.

Servizio medico del lavoro nel Belgio.

Fin dal 1895 il Governo belga aveva assegnato ai medici il compito di fare delle ricerche sulle cause generali d'insalubrità nell'industria e di vigilare perchè fossero rispettate le disposizioni relative a certe industrie, specialmente a quella dei fiammiferi.

L'azione dei medici non era rimasta infruttuosa, e già nel 1914, i loro studi e le loro proposte avevano promosso i provvedimenti sanzionati da appositi decreti sull'uso della cerussa nelle industrie, sul lavoro nei cassoni ad aria compressa, e sulla disinfezione nella tagliatura (rasatura) dei peli.

Ora il Governo belga, desiderando allargare la cerchia d'azione dell'opera dei medici nei problemi del lavoro e conferirle in pari tempo un intervento più metodico ed efficace, ha creato un «Servizio medico del lavoro».

Questo servizio comprende un personale composto di specialisti negli studi di igiene sociale e professionale, e deve occuparsi:

1° di organizzare la protezione delle lavoratrici gestanti o lattanti;

2° di assicurare la tutela sanitaria degli apprendisti e di collaborare per avviarli ad una confacente professione;

3° di studiare la fisiologia e la patologia del lavoro in tutte le sue modalità;

4° di portare il proprio contributo in tutte le opere di previdenza sociale;

5° di propagare le nozioni più utili di profilassi professionale;

6° di sorvegliare l'esecuzione delle disposizioni regolamentari di ordine medico.

Il «Servizio medico del lavoro» pubblica un bollettino periodico nel quale si fanno conoscere i risultati della propria attività.

Organizzazione mobile profilattica in Francia.

Il dott. J. Breton, assunto alla carica di Ministro per l'Igiene, ha iniziato l'opera sua istituendo una *Organizzazione tecnico-sanitaria mobile* che deve agire contro le epidemie. Essa dovrà portare nelle varie zone del territorio, ove sia minacciata la sanità pubblica da malattie contagiose, il soccorso della sua tecnica e del suo materiale anitario. In tali frangenti essa coadiuva e rinvigorisce le organizzazioni sanitarie locali, riconosciute insufficienti di fronte alle eccezionali circostanze epidemiche. Effettua le ricerche batteriologiche necessarie e le operazioni di disinfezione e di disinfestazione. È agli ordini ed alle dipendenze del direttore dell'assistenza e dell'igiene pubblica; ed è diretta da un Consigliere istruttore tecnico. L'intero servizio è regolato da un delegato del ministro, scelto tra i funzionari medici del Servizio di igiene.

L'organico è stabilito nel seguente personale, ad ogni componente del quale è assegnata l'indennità indicata:

		mensili
Un consigliere istruttore tecnico . .	Fr.	1000
Un medico capo	»	1000
Un medico capo di laboratorio . . .	»	1500

		mensili
Un medico	Fr.	750
Un preparatore di laboratorio	»	750
Due capi disinfettatori	»	666
Un inserviente di laboratorio	»	583
Due disinfettatori	»	583
Due infermieri	»	583
Due aiutanti	»	500

Oltre a tali indennità ed al rimborso delle spese per il trasferimento causato da ragioni di servizio, il personale riceve una indennità giornaliera di Fr. 30 per il consigliere istruttore, per il medico-capo e per il medico capo di laboratorio, di Fr. 20 per gli altri.

Il delegato del Ministro riceve per tutta la durata della sua missione una indennità giornaliera di Fr. 50. A coprire questo posto il ministro Breton ha chiamato il dottor Lucien Ranaud, ispettore generale dei servizi d'igiene e di protezione della Sanità pubblica, capo del servizio sanitario dell'Algeria.

Il reclutamento del personale sarà effettuato secondo condizioni e modalità che saranno determinate da apposito decreto ministeriale.

Associazione Romana per lo studio delle questioni sessuali.

Si è costituita in questi giorni ed ha tenuto la sua prima adunanza l'8 gennaio, nei locali del R. Istituto d'igiene.

I suoi scopi sono puramente scientifici e vertono sullo studio della vita sessuale in genere e dei problemi ad essa inerenti dal punto di vista igienico, psicologico, sociale, economico, giuridico, morale ed etnico.

Alla società hanno aderito numerose persone autorevoli che s'interessano all'arduo problema. È presieduta dal prof. Giovanni Mingazzini, dell'Università di Roma.

L'asilo-scuola di Marechiaro

È stata inaugurata nella ridentissima plaga di Marechiaro — alla periferia di Napoli — la prima sezione di un Asilo-Scuola che, secondo gli espliciti propositi ed il vasto programma dell'ideatore e fondatore dell'Opera, prof. Giuseppe Tropeano, dovrà assumere uno sviluppo rapido ed avere una completa organizzazione fatta per sanare la capitale del Mezzogiorno, della gravissima, secolare piaga che l'affligge: l'infanzia abbandonata. Questa prima sezione, visitata da tutte le Autorità locali, da una larga rappresentanza di cittadini di tutte le classi, dai rappresentanti di tutta la stampa italiana, ha destato una sincera e profonda ammirazione per il luogo scelto, per gli edificii già costruiti, per il mirabile piano di azione che promette di dare a Napoli un Istituto di educazione elementare, tecnica e professionale per l'infanzia derelitta, veramente grandioso.

L'opinione pubblica, la stampa di tutti i colori, gli enti pubblici e privati, le Banche, le Aziende, tutti i cittadini insomma, sono entusiasticamente favorevoli a questa nuova opera, alla quale il prof. Tropeano si propone di dedicare tutta la sua fervida, fidente operosità, ed il suo inesauribile entusiasmo.

La Mostra di Monaco.

Dopo la Sezione italiana di cui abbiamo annunziato l'inaugurazione nello scorso numero, a qualche giorno di intervallo sono state ufficialmente inaugurate anche la Sezione francese e quella locale della interessante Mostra.

Missione scientifica negli Stati Uniti.

In seguito ad invito del «National Board of Medical Examiners» una missione composta di cinque insegnanti di scuole mediche della Francia, dell'Inghilterra e della Scozia si è recata negli Stati Uniti per assistere alla sessione annua di esami di medicina tenuta a Filadelfia, dopo di che ha compiuto un viaggio di studio in alcuni dei principali centri d'insegnamento medico degli Stati Uniti.

In onore di Lombroso.

Nel Museo di Storia della Medicina di Lione, ad iniziativa del prof. Lacassaigne, è stato collocato un busto di Cesare Lombroso, fondatore dell'antropologia criminale.

In onore di Roentgen.

In occasione del 25° anniversario della scoperta dei raggi X (che tanti servigi hanno reso alla scienza e alla medicina), la Facoltà di scienze naturali di Francoforte sul Meno ha nominato il prof. Roentgen dottore *ad honorem* in scienze naturali.

Istituto Cajal.

Con recente disposizione legislativa è stato fondato a Madrid un Istituto di Biologia che porterà il nome del grande istologo Ramon y Cajal. Esso si compone di quattro sezioni: istologia umana e comparata, neurologia, fisiologia, patologia sperimentale.

Il problema della carta

diviene sempre più assillante e porta a dover aumentare in modo straordinario i prezzi dei libri e dei periodici.

L'Inghilterra, per sopperire alla crisi della carta, ha inviato una missione a Enso (Finlandia) dove si è sviluppato un centro importantissimo di produzione (26 fabbriche con un capitale di oltre un miliardo).

In Francia si propone al Ministero delle Colonie di introdurre grandi quantitativi di legno di baobab di cui sono ricchissime le colonie e che servirebbe molto bene allo scopo.

In Cile la crisi è acutissima.

È ammesso che il consumo sia aumentato fortemente in India e in Cina, paesi che prima esportavano ed ora, col forte sviluppo dei quotidiani, importano su vasta scala. La produzione sarebbe diminuita solo del 10 %. Il costo è aumentato del 600 %.

Si prevede che una notevole quantità di periodici secondari dovranno scomparire; gli altri si salvano solo aumentando fortemente i prezzi.

I laureandi francesi dovevano depositare alla cancelleria universitaria 200 copie delle loro tesi le quali erano poi trasmesse in cambio degli atti delle massime università straniere. Con recente deliberato il numero di tali copie è stato limitato a 65 riducendo in pari tempo il numero dei cambii.

(Dai *Pathologica*).

Per difendersi dal tifo esantematico.

Dietro domanda fatta nel marzo e nel giugno scorso dal Consiglio della Società delle Nazioni, la *Lega delle Società di Croce Rossa* lanciò nell'agosto scorso un appello a tutte le Nazioni perchè fornissero i mezzi per la lotta contro il tifo esantematico in Oriente. Le offerte in danaro e materiale hanno raggiunto finora dodici milioni di franchi francesi, somma che sarà considerevolmente aumentata in seguito all'azione svolta nei dominî britannici dall'«Imperial War Relief Fund», che agisce per conto e colla cooperazione della Lega delle Croci Rosse. Ma poichè malgrado questi favorevoli resultati, questi fondi non sono ancora sufficienti ad assicurare il successo definitivo della campagna antiepidemica intrapresa, la Lega delle Croci Rosse ha rinnovato l'appello alle Nazioni che ancora non hanno potuto dare alcun contributo.

Dalle informazioni fornite dalle più competenti autorità sanitarie risulta che il tifo esantematico ha fatto una vera strage in tutta la Polonia e tende ad estendersi sempre più, talchè rappresenta una vera minaccia per l'Europa Centrale ed Occidentale, dove le circostanze morali e materiali costituiscono un campo favorevole alla sua diffusione. Nessun paese d'Europa può dirsi al riparo dal pericolo di una epidemia.

Per incarico del Consiglio della Società delle Nazioni, la Lega delle Società di Croce Rossa ha inviato inoltre il colonn. Shaw, direttore dei servizi delle malattie contagiose, ed il colonn. Chardigny con abbondante materiale sanitario a Vilna, per la protezione sanitaria del distaccamento internazionale destinato a quella zona plebiscitaria.

L'11 dicembre scorso moriva in Torino, nell'età di 69 anni, SEBASTIANO GIOVANNINI, direttore della Clinica dermosifilopatica in quella Università ove fu chiamato fin dal 1891, dopo essere stato per circa 12 anni assistente ed aiuto del prof. Sancherini in Bologna, sua patria, e per un anno solo titolare della Cattedra a Modena.

Clinico ed istologo apprezzatissimo lascia numerosi lavori nei diversi rami della dermatologia: fra essi emergono soprattutto le ricerche sulle anomalie istologiche dei peli alle quali attese, si può dire, fino agli ultimi mesi della sua vita ed a cui ha legato in modo duraturo il suo nome.

Fu maestro austero e coscienzioso, amato e stimato dai colleghi e dagli allievi, malgrado la riservatezza del suo carattere che parve talvolta eccessiva e lo fece ritenere da molti come un solitario, ma che lo tenne costantemente lontano da ogni intrigo e da tutto ciò che non si riferiva all'insegnamento, ai suoi malati ed agli studi che tanto prediligeva.

La sua dipartita è un vero lutto per la Dermatologia italiana di cui egli fu uno dei rappresentanti più valorosi e più stimati.

V. MONTESANO.

Il fascicolo 12 (1° dicembre) della nostra SEZIONE MEDICA contiene:

F. GIANULI: **La Pseudo-Siringomielia e la Poliomielite cronica.**

G. AMANTEA: **Epilessia sperimentale da eccitamenti afferenti.**

GUSTAVO ARTOM: **Sopra un caso di tumore del lobo temporale destro (comprimente il seno cavernoso).**

Il fascicolo 12 (15 dicembre) della nostra SEZIONE CHIRURGICA conterrà:

GINO BETTAZZI: **Ulcere tubercolari simmetriche delle commissure labiali.**

LUIGI CEVARIO: **Contributo allo studio dei tumori misti delle ghiandole salivari.**

GIUSEPPE FANTOZZI: **Sulla osteomielite acuta delle coste da comuni piogeni.**

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed resp.

ANNO XXVIII Roma, 24 Gennaio 1921 Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento: Quei pochi associati che per economizzare tempo e spese postali rimandarono il versamento della quota integrativa dovuta pel loro abbonamento del testè trascorso 1920 al momento del pagamento dell'importo pel 1921, sono caldamente pregati di volersene ora rammentare.

La misura della suddetta quota arretrata è:

Di L. 8 per l'Italia e Fr. 10 per l'estero per chi ricevette la sola Sezione Pratica.
" L. 12 " Fr. 15 " " " le Sezioni Pratica e Medica.
" L. 12 " Fr. 15 " " " " " e Chirurgica.
" L. 15 " Fr. 20 " " " " " Medica e Chirurgica.

L'AMMINISTRAZIONE.

QUESTIONI DEL GIORNO.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

A proposito di una nuova forma di encefalite.

Dott. P. F. ZUCCÒLA, primario e docente.

Non sono molti giorni la stampa medica e politica francese ha rilevato in alcune regioni della Francia il risveglio di una nuova epidemia di encefalite con caratteri sintomatici essenzialmente differenti da quelli della passata: e dell'argomento si è tosto interessata la stampa quotidiana nostra, anzi qualche giornale, come sempre succede, ha sull'argomento vagato parlando anche di una nuova malattia.

Questa avrebbe un decorso per lo più benigno: si inizierebbe con sintomi non ben definiti, malessere generale, intontimento, pesantezza e dolore gravativo al capo, anche con lievi dolori reumatoidi al tronco ad agli arti, raramente disturbi a carico dell'apparato digerente e respiratoria. La febbre in molti casi manca od è lievissima, preceduta da lieve senso di perfrigerazione; non si avrebbero mai disturbi oculari ed in genere disturbi a carico dei nervi cranici. Pochi giorni dopo l'inizio compare singhiozzo la cui intensità sembra variare da caso a caso: in qualcuno esso è ad accessi ed ogni singolo accesso dura pochi minuti, talvolta solo qualche ora, con pause varie; in casi più gravi è continuo, intensissimo e tale da impedire in via assoluta la nutrizione. Anche nella forma benigna varia l'intensità e la durata da volta a volta e ciò sempre indipendentemente da fattori esterni: poichè contro di esso non valgono i comuni espedienti, come non vale il far assumere al p. varie posizioni, l'ingestione di alimenti, nè la compressione dei punti del frenico, nè infine la somministrazione di quei rimedi comunemente utili.

Come ho già detto, varia l'intensità e la frequenza delle scosse da caso a caso ed anche nello stesso: abitualmente le contrazioni cloniche si susseguono colla frequenza di 15 a 25 per m'., associandosi con una certa frequenza a quelle del diaframma cloni dei muscoli del così detto « torchio addominale »; nell'attuale epidemia però esso mantiene quasi costantemente il carattere monosintomatico.

Secondo qualche giornale si sarebbero avuti dei casi con esito letale per rapido scadimento delle forze data l'impossibilità assoluta di poter mantenere una nutrizione sufficiente.

Dopo quanto brevemente ho esposto, a nessuno sfuggirà come la forma di cui la presente nota, non possa essere accettata come una forma morbosa nuova e tanto meno come una manifestazione nuova dell'enc. let.: basta quanto è raccolto nella letteratura medica di casa nostra e di fuori. In Italia, in certe regioni, le forme di encefalite let. si accompagnarono con una costanza che dirò assoluta non solo con fenomeni di spasmo clonico dei muscoli addominali tali da simulare un vero singhiozzo, ma ancora con spasmi localizzati al puro diaframma sì da riprodurre integralmente il quadro che ora si descrive quasi una novità. Si ricordino in proposito i caratteri peculiari che caratterizzarono l'epidemia sviluppatasi in Ancona.

E l'argomento fu oggetto di parecchie note e discussioni; per attenerci alle cose nostre ricorderò solo che già l'Ascoli (R. Acc. di Med. di Roma, sed. del 25-1-920) aveva notato forme identiche insorte in ammalati degenti nella Clinica Med. Gen. per enc. let. e che Pontano e Trenti nell'ultimo Congresso di Med. Int. riferirono casi di singhiozzo ad insorgenza acuta durati alcuni giorni, con qualche rialzo termico e senza compartecipazione di altri sintomi; infine come identiche osservazioni abbiano fatto Ronchetti, Bianchini, Moncalvo, Jachia, Albertoni, Dagnini, Pepere, Modena, Castelli, Giugni, Castellino, Varisco, Ceconi Durand, Harvier Crouzon, Marmon A. S. Root, v. Economo, Bernard, ecc.

Se non che, come fa notare Sabatini, molte volte nell'encefalite let. può aversi un quadro simulante il quadro del singhiozzo senza che esso — fisiologicamente parlando — realmente si riproduca: le scosse brusche, rapidissime possono avvenire unicamente a carico dei m. m. della parete addominale (m. m. retti e trasversi), essere anche improvvisi a tipo elettrico, frequenti (fino a 40 al m'.), e a prima vista lasciar credere ad un interessamento del diaframma, mentre all'esame radiologico risulta che esso non vi partecipa e che il ritmo respiratorio non è modificato o lo è di assai poco. Di modo che occorre ancora distinguere nei singoli casi con vero singhiozzo da quelli con singhiozzo apparente.

L'aver notato l'insorgenza di tale sintoma durante il decorso di un'infezione con tutta la sintomatologia della forma influenzale pura ha anche autorizzato qualche A. a stabilire un punto di collegamento tra il processo infettivo eminentemente neurotossico dell'influenza e le molteplici espressioni cliniche dell'enc. let. Questione questa allo stato delle nostre conoscenze sull'agente patogenetico delle due forme insoluta ed insolubile. Qualche ricerca tende poi ad escludere anche un rapporto eziologico tra singhiozzo epidemico stesso ed enc., e ciò contro l'osservazione clinica, poichè in qualche caso la enc. let. a caratteri clinici classici seguì a pochi giorni di distanza dal singhiozzo (Micheli, v. Economo, Bernard, ecc.). Non parlo poi delle ipotesi emesse per spiegare l'unicità del sintoma: esponente di localizzazione o di variazioni biologiche dell'agente (Maggiora e Sindoni), non essendo nel mio scopo.

Comunque sia, la forma notata in Francia non è affatto una malattia nuova: un puro sintoma di una malattia nota per il polimorfismo eccezionale al punto da essere anche monosintomatica e non per il singhiozzo soltanto. Ciò posto, la minacciata nuova epidemia non sembra debba essere presa per ora almeno troppo sul tragico, poichè al primo allarme — intempestivamente gettato forse da qualche caso sporadico, e dalle menti ancora atterrite dall'ultima avutasi deformato ed ingigantito — non è seguìto alcun altro avviso, ciò che non avrebbe mancato di essere.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI PAMMATONE IN GENOVA
Corsia chirurgica
diretta dal Primario dott. EDOOARDO BORELLI.

Lussazione dorsale complessa dell'indice destro. Duplice meccanismo di irreducibilità. Riduzione cruenta

per il dott. EDOARDO BORELLI.

In quasi tutti i trattati di chirurgia si trova appena un cenno fugace della lussazione dorsale irreducibile dell'indice e delle altre dita della mano all'infuori del pollice, limitandosi essi ad accennare soltanto alla sua estrema rarità, sorvolando quasi interamente sulla sua sintomatologia e, quanto alle cause di tale irreducibilità, riferendosi senz' altro al meccanismo di irreducibilità della lussazione dorsale complessa del pollice, che è invece relativamente frequente e sulla quale tutti gli autori si soffermano a lungo sulla scorta del classico esauriente lavoro del Farabeuf.

Così il Koenig, il Tillaux, il Mickulicz vi accennano appena.

Il Tillmann ne tratta meno brevemente ed ammette che l'irreducibilità è dovuta alla interposizione o alla tensione della capsula, o ad una lacerazione troppo piccola di essa, e consiglia, se la riduzione incruenta non riesce, di aprire subito l'articolazione per allontanare l'ostacolo.

Circa il meccanismo di produzione di tali lussazioni egli accenna alla iperestensione con o senza rotazione del dito ed alle azioni violente dirette che colpiscono la superficie dorsale del metacarpo. La deformità in complesso, egli dice, è la stessa di quella della lussazione dorsale del pollice.

Il Reclus pone la causa della irreducibilità nella interposizione del fascio fibro-glenoideo dell'articolazione, il quale segue la falange nella sua dislocazione, come il legamento glenoideo colle ossa sesamoidi in esso incluse nella lussazione complessa del pollice.

Il Lejars parla pure fugacemente della lussazione complessa delle varie dita della mano all'infuori del pollice e raccomanda anche per essa il metodo di riduzione colla iperestensione e colla propulsione della falange basale indicato dal Farabeuf per quella del primo dito; e in caso di insuccesso consiglia la tenotomia del legamento glenoideo secondo il precetto di Jalaguier, cioè col metodo sottocutaneo praticato dal lato dorsale dell'articolazione.

Io stesso, pur avendo avuto occasione di osservare e di ridurre più di una volta la lussazione complessa del pollice, non avevo mai osservato fino ad ora nessun caso di lussazione dorsale irreducibile dell'indice.

Ecco perchè ho creduto interessante pubblicare il caso presente, tanto più raro per la concomitanza della lussazione delle ultime quattro dita della mano e per il duplice meccanismo di irreducibilità di quella dell'indice che potè essere diagnosticato clinicamente e controllato poi coll'intervento chirurgico.

Vittoria B., d'anni 11, da Bolzaneto, il 21 aprile u. s. cadendo dall'altalena si produsse la lussazione dorsale da iperestensione delle ultime quattro dita della mano destra; ma mentre riuscì facilmente a ridurre da sè stessa il 3°, il 4° e il 5° dito, non potè in nessun modo ridurre l'indice.

Tutti i tentativi fatti dal medico del luogo e da un chirurgo chiamato a consulto furono pure vani, onde la bambina fu inviata a Pammatone.

Visitandola la mattina successiva io osservai un atteggiamento particolare della mano destra. Il dito indice seguiva presso a poco la direzione normale, ma era leggermente flesso sul metacarpo e nelle articolazioni interfalangee, alquanto deviato verso il lato radiale, cioè abdotto, ed appena accorciato di qualche millimetro.

Il diametro antero-posteriore dell' articolazione metacarpo-falangea era aumentato: dal lato dorsale faceva sporgenza la base della prima falange e dal lato volare la testa del secondo metacarpeo la quale si sentiva immediatamente sotto la cute. Questa anzi era tanto compressa dall'osso che appariva ischemica e così aderente da non poter essere sollevata minimamente in plica.

Limitatissimi tutti i movimenti attivi dell'indice; i passivi erano tutti possibili e quello di estensione era anzi più ampio del normale.

Colla palpazione si poteva riconoscere sulla sporgenza del lato dorsale la superficie articolare della falange basale e su quella di lato palmare la testa del metacarpeo. Non vi era accavallamento delle due ossa, sicchè il lieve accorciamento del dito era più apparente che reale e dovuto all'atteggiamento in flessione del dito.

La radiografia confermò i dati dell'esame clinico dimostrando che il metacarpeo era spostato verso il palmo della mano e la falange verso il dorso e che fra le due superficie articolari non vi era alcun contatto, ma nel senso longitudinale lungo l'asse del dito v'era una diastasi di qualche millimetro, e nel senso antero-posteriore una distanza maggiore, cosicchè il margine anteriore della superficie articolare della falange non aveva nessun punto di contatto neppure col margine posteriore della testa del metacarpo.

Tentai anch'io da prima con manovre diverse la riduzione incruenta, ma senza alcun risultato; e nel concetto che si fosse prodotta un'interposizione fra i capi articolari del legamento glenoideo lacerato, volli provare anche il metodo insegnato dal Farabeuf per la riduzione della lussazione complessa del pol-

lice dovuta alla interposizione ed all'arrovesciamento delle ossa sesamoidi; ma tutto fu inutile.

Quello che più mi colpì in questi tentativi di riduzione fu la fissità della testa del metacarpo che non si riusciva assolutamente a rimuovere dalla sua deviazione palmare; ond'io mi convinsi che duplice doveva essere la causa della irreducibilità della lussazione: l'una a carico della falange per l'interposizione del legamento glenoideo dell'articolazione; l'altra a carico del metacarpo, dovuta probabilmente all'imbrigliamento di esso attraverso un occhiello tendineo o muscolare.

Decisi quindi di ricorrere seduta stante alla riduzione cruenta, persuaso che la semplice narcosi non sarebbe stata sufficiente a vincere il duplice ostacolo; e infatti neppure sotto la narcosi si riuscì nonchè a ridurre la lussazione, a liberare nemmeno la testa del metacarpo ed a portarla verso il dorso della mano.

Si dovette quindi ricorrere alla incisione previa applicazione del laccio emostatico, ed ecco quanto si potè osservare.

Incisa la cute dal lato palmare sulla sporgenza della testa metacarpea si constatò che essa si trovava proprio sotto la pelle ed era passata attraverso le fibre muscolari dell'adduttore del pollice, le quali stringevano la parte prossimiore della diafisi. Si dovette divaricarle dopo avere sbrigliato col bisturì l'occhiello inestensibile dell'aponeurosi palmare e fare pressione diretta sull'osso per poterlo liberare e riportare nella sua posizione normale verso il dorso.

Ciò fatto, i capi articolari del metacarpo e della falange vennero a trovarsi nella stessa direzione ed allo stesso livello, ma non si riuscì a stabilire fra loro un intimo reciproco contatto: la lussazione insomma non s'era ancora ridotta.

Esaminate attentamente le cose si potè rilevare che la superficie articolare della falange non era libera, ma ricoperta dai resti della capsula che si trovavano così interposti fra le superficie articolari. Fu necessario quindi mutare di nuovo i rapporti delle due ossa, iperestendere il dito fino a porre la falange basale quasi in posizione verticale sull'osso metacarpeo per poter incidere il legamento glenoideo e scoprire la superficie cartilaginea della falange, allontanare i resti della capsula articolare, indi tornare a flettere il dito. La riduzione allora si compiè immediatamente.

L'operazione fu completata colla sutura della capsula dei muscoli e dell'aponeurosi e colla riposizione dei tendini flessori, che si trovarono spostati al lato interno.

Il dito venne fissato colla medicazione in leggiera flessione.

L'esito dell'operazione fu ottimo: in 8ª giornata si tolsero i punti e dopo circa venti giorni si iniziarono i movimenti attivi di flessione del dito. La funzionalità dell'articolazione lesa, per quanto ancora limitata in rapporto alla data recente della lesione e dell'atto operativo, può dirsi reintegrata.

L'irriducibilità delle lussazioni dorsali delle dita della mano si verifica molto più spesso nel pollice, sia perchè, data la maggiore mobilità di questo dito, sono anche più frequenti in esso tutte le lussazioni in genere, sia per la costante presenza delle ossa sesamoidee nel legamento glenoideo della prima articolazione metacarpo-falangea; presenza che col rendere più rigido detto legamento può facilitare in date circostanze il suo rovesciamento e la interposizione degli ossicini fra i capi articolari.

Forse appunto col fatto che qualche volta delle ossa sesamoidi si riscontrano anche nelle articolazioni metacarpo-falangee dell'indice e del mignolo, mentre non si riscontrano quasi mai in quelle delle altre dita, si spiega la relativa maggiore frequenza della irreducibilità della lussazione dorsale in queste due dita in confronto con quelle del medio e dell'anulare.

Tuttavia se la presenza delle ossa sesamoidi nel legamento glenoideo dell'articolazione può facilitare in certo modo la irriducibilità della lussazione, essa non è però necessaria a produrla, come lo dimostra il caso da me osservato, in cui nè la radiografia rivelò, nè l'intervento diretto dimostrò la presenza di ossa sesamoidi.

D'altra parte la maggior frequenza della irreducibilità delle lussazioni dorsali dell'indice e del mignolo in confronto con quelle delle due dita di mezzo potrebbe anche essere dovuta, forse più verosimilmente, come già si è detto per il pollice, alla maggiore ampiezza dei loro movimenti nelle articolazioni metacarpo-falangee, e specialmente alla possibilità di movimenti più estesi nel senso laterale che permette, sotto l'azione violenta dei traumi, l'associarsi alla iperestensione del dito, di movimenti più complessi di torsione, di rotazione e di abduzione che rendono più ampia la dislocazione delle ossa lussate e più facile la interposizione delle parti capsulari lacerate.

L'intervento chirurgico nel caso mio valse innanzi tutto a dimostrare l'esattezza della diagnosi clinica riguardo il duplice meccanismo di irreducibilità della lussazione: cioè quello a carico della falange determinato dalla interposizione del legamento glenoideo, e quello a carico del metacarpo determinato dallo strozzamento di quest'osso attraverso l'occhiello muscolo-aponeurotico che lo fissava al lato palmare.

Come il duplice fatto si sia prodotto si comprende facilmente considerando un po' particolarmente l'azione del trauma.

La caduta sulle dita della mano determinò la loro iperestensione e presso che simultaneamente per la forza viva con cui il corpo della bambina continuò ad abbattersi sul terreno, la loro propulsione violenta sul dorso della mano, mentre la testa dei metacarpei faceva

pressione sulla faccia anteriore della capsula articolare fino a lacerarla. Questa lacerazione avvenne, come di solito, in prossimità della sua inserzione al metacarpo, cosicchè la falange trascinò seco verso il lato dorsale il legamento glenoideo strappato, appunto come suole avvenire per le ossa sesamoidee nella lussazione dorsale del pollice.

Ma mentre che a carico del 3°, 4° e 5° dito l'azione del trauma si esaurì a questo punto, sicchè fu facile la riduzione in posizione normale delle ossa lussate che non avevano ancora del tutto perduto ogni rapporto di contatto fra loro, a carico dell'indice invece la violenza del trauma non si arrestò, ma determinò conseguenze molto più gravi e complicate.

La testa del secondo metacarpeo, attraversata la lacerazione capsulare e spostati al lato interno i tendini flessori dell'indice, divaricò e lacerò in parte le fibre muscolari dell'adduttore del pollice passando attraverso ad esse e, lacerata l'aponeurosi palmare, venne ad arrestarsi ed a far prominenza proprio sotto la cute.

Il Reclus a tal proposito osserva che «spesso queste lussazioni irreducibili dell'indice sono complicate con ferita della faccia palmare, vera perforazione delle parti molli prodotta dalla testa del metacarpo. Talora la ferita non avviene, ma la cute è talmente tesa sulla testa del metacarpeo che ne è imminente lo sfacelo».

Questo è appunto quanto si è verificato nel caso nostro in cui la pelle per la pressione del metacarpo appariva ischemica, aderente all'osso e prossima a perforarsi.

Le fibre muscolari dell'adduttore del pollice, appena dato passaggio alla testa del metacarpeo si rinserrarono sulla parte immediatamente contigua della diafisi dell'osso, mentre la testa veniva fissata nell'abnorme posizione dal cingolo inestensibile della lacerazione dell'aponeurosi palmare, rendendo vani tutti i tentativi di liberazione dell'osso.

Intanto la falange s'era trasportata sul dorso del metacarpeo insieme coi resti della capsula, che una volta lasciata passare la testa del metacarpo, si sono addossati sulla superficie articolare della falange rivestendola come una calotta.

È da ritenere che nel caso da me osservato la lussazione dell'indice sia divenuta irreducibile fin dal suo primo prodursi appunto col meccanismo or ora da me indicato, perchè altrimenti essa si sarebbe ridotta facilmente come quella delle altre tre dita; il non essere riuscita subito la riduzione fa appunto pensare che la lussazione aveva in sè fin dal principio le ragioni della propria irreducibilità; e queste ragioni stanno appunto nella fissazione della testa del metacarpeo verso la vola della mano e nell'arrovesciamento del legamento glenoideo sulla superficie articolare della falange, facilitato dal considerevole allontanamento reciproco delle due ossa.

Per lo più invece accade per l'indice come per il pollice, che la lussazione si renda irreducibile in secondo tempo in seguito a manovre improprie di riduzione.

È evidente che nel caso mio senza l'intervento cruento non si sarebbe potuta ottenere la riduzione della lussazione, come del resto avevano già dimostrato chiaramente i molteplici infruttuosi tentativi praticati da me e da altri.

Neanche la manovra di Farabeuf era riuscita, nè poteva d'altronde riuscire perchè essa evidentemente non avrebbe mai potuto nè liberare la superficie articolare della falange dai residui capsulari che vi si erano addossati, nè sciogliere la testa del metacarpeo dall'anello fibro-muscolare che la teneva imprigionata in posizione volare.

D'altra parte neppure la riduzione incruenta sotto narcosi era riuscita e quindi non c'era altro da fare che ricorrere alla riduzione cruenta.

Il Tillaux (*Clinica Chirurgica*, vol. I) a proposito della lussazione dorsale irreducibile del pollice osserva: «Per qualche tempo si è potuto invocare come causa (dell'irreducibilità) la costrizione esercitata attorno alla testa del metacarpo dai muscoli dell'eminenza tenar, facendo essi ufficio di morsa; ma questa teoria non può avere valore dacchè abbiamo a nostra disposizione il cloroformio che annienta la potenza muscolare».

Ora a me pare che non basti sempre la risoluzione dei muscoli per poter liberare il capo articolare di un osso lussato e passato attraverso a fibre muscolari il cui occhiello può essere risalito più o meno al di sopra della testa articolare; oltre che questa può essere trattenuta da parti fibrose inestensibili che la fissino nella posizione anormale come precisamente si è verificato nel caso nostro.

Generalmente è vero che sotto narcosi si riesce ad aver ragione della maggior parte delle lussazioni irreducibili anche se non recenti; ma ogni chirurgo provetto sa per propria esperienza che pur qualche volta la narcosi non basta ed è necessario ricorrere all'intervento cruento.

Il metodo sottocutaneo indicato da Jalaguier, cioè la tenotomia del legamento glenoideo, non mi dava sicuro affidamento di riuscita per il duplice meccanismo della irriducibilità; mentre la incisione franca dell'articolazione, praticata direttamente sulla sporgenza del capo metacarpeo mi apriva la via allo sbrigliamento di quest'osso dal cingolo strozzante e alla liberazione del capo articolare della falange dai resti capsulari interposti. E l'esito fortunato ha giustificato il metodo seguito.

Genova, 21 maggio 1920.

ARCISPEDALE DI SANT'ANNA DI FERRARA.
Sezione chirurgica del prof. EUGENIO CASATI.

Un caso di frattura in toto dell'acetabolo

per il prof. EUGENIO CASATI.

Il giorno 2 di dicembre 1919, fui chiamato per visitare un ragazzo di 10 anni e 7 mesi, il quale aveva riportata una lesione all'arto inferiore destro nel modo seguente: mentre saliva le scale del granaio, un sacco da semina legato in alto, per rottura della corda che lo teneva fisso, cadeva colpendo in pieno il ragazzo sulla spalla destra. Cadde immediatamente a terra avvertendo un dolore acutissimo all'inguine e alla regione ileocecale inferiore. Non fu capace di sollevarsi e si dovette mettere a letto con grandi precauzioni perchè il più piccolo movimento risvegliava dolori insopportabili. Chiamato il medico esso ritenne trattarsi di frattura del collo del femore ed applicò il ghiaccio ed una doccia del König. Ma il ragazzo non migliorava cosicchè fu chiamato un secondo medico che rimase incerto sulla diagnosi e quindi fui invitato a vedere il malato 9 giorni dopo l'accaduto. All'esame riscontrai quanto segue:

Ragazzo ben sviluppato in rapporto all'età; masse muscolari e pannicolo adiposo normale, colorito della pelle piuttosto pallido. Giace in decubito dorsale e colle spalle rialzate. L'arto inferiore destro appare subito accorciato ma in completa estensione, senza nessun accenno a rotazione esterna od interna. La radice della coscia destra appare più tumida della sinistra. La pelle è uniformemente calda. Misurando gli arti inferiori dal margine superiore del gran trocantere alla punta del malleolo esterno, i due arti non presentano nessuna differenza di lunghezza. Invece la misurazione dalla S. I. A. S. alla punta del malleolo esterno dà un accorciamento di quasi due cm. per l'arto destro.

Nella posizione di riposo in cui il ragazzo si trova non avverte alcun dolore e nessun dolore si risveglia colla pressione al gran troncantere lungo tutta la diafisi femorale ai condili femorali e alle due ossa della gamba. Articolazioni del piede e del ginocchio di forma e volume normali, indolenti alla pressione ed ai movimenti passivi. La pressione esercitata nella regione crurale destra risveglia un dolore vivo, dolore che si risveglia pure alla pressione nella regione soprapubica destra, dove, affondando le dita, si apprezza una resistenza notevole in forma di tumore rotondeggiante che si estende dalla sinfisi pubica fino presso la S. I. A. S. Detto tumore è dolente alla pressione, è liscio, elastico, ma non presenta una vera fluttuazione. Cercando di imprimere alla coscia destra movimenti di flessione sul bacino, questi si compiono con dolore, ma facilmente per piccola estensione, perchè ad un tratto il movimento viene arrestato da una resistenza solida. Uguale cosa si avvera nella iperestensione. I movimenti di rotazione si compiono tanto all'interno come all'esterno, ma sono sempre dolorosi. Tutti i movimenti impressi alla coscia non sono accompagnati da nessun rumore di scricchiolio, ma invece tutti i movimenti hanno una ripercussione sul tumore aprezzato al pube. Ripercussione che è manifestissima se si dà un colpo netto e forte sul calcagno. Si risveglia così un dolore molto acuto e la mano posta sul pube ha l'impressione come che qualche cosa di solido le venga spinto contro. Stirando in basso la coscia lungo l'asse della stessa, si riporta facilmente l'arto alla sua lunghezza normale e la mano appoggiata sul pube e profondamente insinuata verso il piccolo bacino, avverte come qualcosa di solido che dal bacino stesso si ritira.

Era evidente che dati i segni raccolti non era il caso di pensare nè ad una frattura del collo del femore, nè ad una lussazione dell'anca. Due sole erano le possibilità diagnostiche che si presentavano: o sfondamento della cavità acetabolare con migrazione nel piccolo bacino del capo articolare o frattura in toto dell'acetabolo Ho ritenuto certa questa seconda diagnosi perchè:

1° Nei casi di sfondamento dell'acetabolo la flessione è molto limitata anzi quasi nulla;

2° Nello sfondamento il foro pel quale il capo articolare migra nel piccolo bacino, è un foro irregolare, ha punte più o meno acute e quindi tutti i movimenti, ma specialmente quelli di rotazione, sono accompagnati da un caratteristico rumore di scricchiolio;

3° La grande facilità, senza risvegliare quasi nessun dolore, con cui si porta l'arto alla

sua lunghezza e forma normale non sarebbe concepibile qualora si trattasse di uno sfondamento dell'acetabolo. Certamente un esame radiografico avrebbe più sicuramente risolto il quesito diagnostico che d'altra parte ritengo egualmente certo perchè solo con questa diagnosi si spiegano tutti i segni presentati dal malato. Il caso si spiega anche bene dal punto di vista anatomico pensando al modo come avviene l'ossificazione dell'acetabolo e pensando che questa non è completa che dopo il 15° anno di età. Infatti l'osso iliaco si sviluppa per 3 punti primitivi di ossificazione superiore, inferiore ed anteriore, rispetto alla cavità cotiloidea; il superiore forma la parte superiore della cavità cotiloidea e l'osso iliaco che la sormonta, l'inferiore la parte inferiore della cavità cotiloidea, nonchè l'ischio, l'anteriore la parte anteriore della cavità cotiloidea ed il pube. Questi tre punti partecipano quindi tutti alla formazione della cavità cotiloidea, avvicinandosi sempre fra loro in modo che la cartilagine compresa nel loro intervallo si restringe sempre più e finisce per rappresentare una specie di stella. Oltre questi 3 punti di ossificazione ve ne sono altri 8 complementari di cui 3 per la cavità cotiloidea e di questi il 1° corrispondente al centro della stella cotiloidea, il 2° più considerevole occupa l'estremità terminale del raggio anteriore e forma tutta la parte anteriore superiore della circonferenza della cavità, il 3° occupa l'estremità terminale e coll'altro produce due terzi della circonferenza della cavità. Dati questi punti di ossificazione e dato il fatto che questa ossificazione per la cavità cotiloidea non si salda completamente che fra i 15 e i 16 anni e qualche volta anche dopo i 18, si comprende come in un bambino di 10 anni e 7 mesi un forte trauma che viene dall'alto possa produrre la frattura in toto dell'acetabolo. Notizie avute alla fine di gennaio affermano che il bambino cammina già con un solo bastone.

Ferrara, 27 dicembre 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE-RICOVERO IN MEDICINA (BOLOGNA).

Disturbi da uso di urotropina.

In questi giorni ho seguito un caso che può portare un utile contributo per illuminare l'etiologia, o, meglio, il punto di partenza della ematuria da uso di urotropina. La posologia dell'urotropina è discussa e varia a seconda degli autori: mentre la farmacopea tedesca prescrive dosi massime quotidiane di 3 grammi, Nicolajer a scopo antiurico arriva a 6 grammi, Vanderstrof a 5 grammi, e Fulleston, per la disinfezione del liquido cefalo-rachidiano, a grammi 10. Io però nel mio caso mi attenni alla dose di 3 grammi al giorno di urotropina Schering, in un individuo che aveva qualche filamento uretrale di antica data e che venne da me colla prescrizione già fatta dallo specialista. Al quarto giorno notò frequenza della minzione, ed alla fine della minzione, cioè nell'urina del terzo bicchiere, s'accorse che cadevano tre o quattro gocce di sangue, fatto che io stesso potei constatare varie volte *de visu.* Il disturbo cessò del tutto 30 ore dopo la cessazione dell'uso della urotropina. L'assenza di albumina nell'urina e di ogni altro elemento renale e gli evidenti disturbi cistici e l'ematuria solo alla fine della minzione dimostrano all'evidenza la provenienza della ematùria dalla vescica. Dello stesso parere sono anche quelli che come il Roger hanno trovato anche albuminuria. Intanto da essi l'albumina fu spesso identificata col corpo mucoide di origine vescicale o pseudoalbumina, e trovarono costante assenza di elementi renali. Quest'ultimo fatto notato già da tutti gli autori che hanno osservato gli inconvenienti dell'uso della urotropina, anche quando dava altri sintomi come esantemi cutanei, depone quasi per l'innocuità dell'urotropina per il rene. Il che è anche suffragato da un altro fatto importante: che i vecchi prostatici nei quali il rene è ben di rado integro, sopportano dosi normali di urotropina.

Dott. LUCIANO ANDALÒ.

Il fascicolo 1° (1° gennaio 1921) della nostra SEZIONE MEDICA, che spediremo fra qualche giorno agli associati, contiene:

NB. Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4.30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

Il fascicolo 1° (15 genn. 1921) della nostra SEZIONE CHIRURGICA che trovasi in corso di stampa e che spediremo agli associati nell'entrante settimana contiene:

IGIENE.

UFFICIO D'IGIENE DEL COMUNE DI ROMA
SERVIZIO ANTIMALARICO.

Sull'esito di una piccola bonifica.

Contributo allo studio della diffusione delle anofele

per il dott. DOMENICO FALCIONI.

Incaricato dall'assessore on. prof. Marchiafava e dal direttore prof. Gualdi di riferire circa l'esito della piccola bonifica eseguita per mezzo di colmata artificiale alle « Cave Jacobini », località situata sulla via Portuense ad 1 chilometro e mezzo dalla cinta daziaria, la quale si era trasformata durante questi ultimi anni in un pericolosissimo laghetto malarigeno, facendone oggetto di una breve nota, abbiamo assunto volontieri l'incarico, prestandosi l'esposizione di casi simili, oltre che a mettere in luce la grande efficacia del metodo, a considerazioni e deduzioni sopra questioni varie, fra cui interessantissima quella dei limiti di diffusione delle anofele.

Il risultato ottenuto potrà essere apprezzato tracciando brevemente la storia della malaria di cui dette cave sono state causa.

Hanno esse presentato in altre epoche un piccolo impaludamento, il quale ha dato luogo alla sua volta ad un focolaio malarico d'influenza però sempre limitata a persone dimoranti in abitazioni vicinissime; per molti e molti anni infatti mai abbiamo osservato casi di malaria nè all'orfanotrofio calabro-siculo nè all'istituto di Vigna Pia, ambedue situati a circa 500 metri di distanza l'uno a sud in località più elevata, l'altro ad est di dette cave; come non ne abbiamo mai osservati fra un discreto numero di persone dimoranti nei pressi del forte Portuense a sei-settecento metri dalle medesime.

Essendo rimaste abbandonate le cave, essendosi in esse riversate delle acque piovane per rottura di un canale di scolo sovrastante, ed essendosi succedute due stagioni, 1915 e 16, eminentemente piovose, che innalzarono moltissimo la falda acquea sotterranea, si formò una vasta palude offerente un *habitat* favorevolissimo alle anofele, le quali, sviluppatevisi numerosissime, diedero luogo ben presto ad una larga diffusione della malaria.

Mentre per lo innanzi nella zona in parola questa era trascurabile, quasi insignificante, divenne ben presto malattia dominante; non vi era più una casa che non avesse malarici, e l'orfanotrofio calabro-siculo, rimasto dalla fondazione, per circa 6 o 7 anni immune da malaria, ne fu colpito copiosissimamente.

Nel giugno 1917, iniziando il prof. Fermi a Roma gli esperimenti di disanofelizzazione, fu incaricato dall'ufficio d'igiene di praticarla anche nelle cave Jacobini.

Vennero petrolizzate dette cave e varie vasche con grandissimo vantaggio, ma non con risultato decisivo, non prestandosi la palude ad una disinfestazione completa.

Mercè l'interessamento del colonnello prof. U. Riva, data la vicinanza del forte Portuense alle cave, ed essendo stato trasformato in ospedale militare l'istituto di Vigna Pia, alla petrolizzazione poterono essere associati nel 1918 dei lavori di bonifica per colmata eseguiti dagli stessi soldati dimoranti al forte sopradetto, lavori che in seguito, dietro le continue sollecitazioni dell'ufficio d'Igiene, furono con alacrità ultimati dalla società « Vignola » che fortunatamente acquistò le cave.

Disinfestate le vasche, prosciugato il laghetto, riattivato al posto della lurida palude un modello di cava, si cambiò ben presto la faccia delle cose.

La stagione malarica 1919 trascorse felicissima, nessuno si occupò più della malaria che aveva costituito per lo innanzi una preoccupazione, tanto da indurre qualche persona a lasciare la zona, l'orfanotrofio passato a Vigna Pia per cedere i locali al sanatorio « Cesare Battisti » di prossima apertura, non ha avuto più malarici; nessuna primitiva abbiamo più registrata, la zona in una parola, situata in collina oltremodo amena e ridente, che nessuno avrebbe immaginato in quale deplorevole stato rispetto alla malaria era piombata, a causa del malaugurato impaludamento delle cave, è risorta da morte a vita.

Trattandosi di località coltivata in considerevole parte ad orto, non si potrà escludere che eventualmente qualche altro focolaio anofeligeno vi si possa formare, si tratterà però in questo caso di focolai che sarà sempre facile eliminare o rendere innocui.

Segnalato il successo, per quanto completo, non crediamo di dovere spendere molte parole per illustrarlo maggiormente.

Non vi sarà infatti nessuno che non sia convinto che fra i metodi di lotta contro la malaria: profilassi meccanica o chimica, bonifica umana o agraria, disanofelizzazione idrica o aerea, pur tutti ottimi, il primo posto spetti alla bonifica del terreno quale metodo radicale ed assolutamente definitivo, niente quindi deve apparire più logico della sparizione della malaria da una località dopo la soppressione di un impaludamento che ne costituiva la causa.

Sarà però utile rilevare che questa speciale circostanza è necessario tenere presente per

potere apprezzare il rendimento di una bonifica, come sarà utile insistere per un adeguato servizio per l'esecuzione dei lavori che essa richiede: per le opere minime, per una disanofelizzazione periodica, per far rispettare leggi e regolamenti di polizia rurale, per esigere in una parola che l'interesse degli agricoltori venga conciliato con quello della pubblica salute, un personale apposito, interamente, dovrebbe dedicarvi l'opera propria; pei lavori di una certa entità occorrerebbe che il governo o i comuni se ne assumessero l'onere gravandone poi la spesa come ipoteca sulla stessa proprietà.

***

Come accennavamo, l'esposizione dei risultati delle piccole bonifiche si prestano a considerazioni e deduzioni sulla diffusione delle anofele appunto perchè, mettere in luce questi risultati, significa che si sono potute colpire le cause locali della malaria e conseguentemente che si è in grado di giudicare l'influenza di focolai malarici, di giudicare cioè il limite di spostamento delle anofele, ed il risultato infatti ottenuto colla bonifica delle cave Jacobini, richiamando alla memoria la storia della malaria nella zona ad esse adiacente, specialmente per la presenza di un agglomeramento di circa 200 persone, rappresentato dall'orfanotrofio calabro-siculo, si presta bene allo scopo.

Sono invero molto discordi i pareri sull'argomento.

C'è chi crede che le anofele abbiano un volo limitato a 100-500 metri, c'è chi crede che arrivino a 2-3 chilometri e più. Si parla di risanamenti di città ottenuti con zone di protezione a meno di 1000 metri e si afferma anche di non averli ottenuti neppure a 3000.

Perfino si legge, lo stimiamo però inammissibile, dovendosi in questo caso disconoscere la principale caratteristica della malaria, quella dell'endemicità, che in America si sono vedute raggiungere da alcune specie i 90 chilometri!

I professori Grassi e Sella durante l'esperimento di lotta antimalarica del 1918 a Fiumicino hanno eseguito geniali esperienze in proposito spruzzando di colori di anilina anofele catturate e ricercandole dopo avere loro donata la libertà.

Il Sella che ne aveva lasciate libere 600 a due chilometri da Fiumicino non ne potè riprendere nessuna in paese, il Grassi ne ritrovò 23 su 2650 a distanze diverse da 1100 a 2500 metri.

Indiscutibilmente appare difficoltoso potere precisare il limite di volo di esseri i quali, per quanto piccole, pur hanno le ali, ma poichè la soluzione pratica del problema deve consistere, non nello stabilire la resistenza al volo delle anofele, sebbene nello stabilire le loro ordinarie abitudini a seconda delle condizioni di ambiente, coll'osservazione assidua in varie zone della diffusione della malaria in relazione coi focolai anofeligeni si giungerà a deduzioni le quali, se non possono essere ritenute assolutamente decisive, debbono rappresentare però ciò che in via ordinaria suole quasi sempre accadere.

Riepiloghiamo i rilievi che abbiamo potuto fare a questo proposito:

1° Fino a che le cave hanno rappresentato un piccolo impaludamento, qualche raro caso di malaria primitiva, di cui sono state causa, l'hanno presentato persone dimoranti in abitazioni ad esse molto vicine e nessun caso per anni ed anni l'abbiamo mai osservato nè all'orfanotrofio calabro-siculo, nè all'istituto di Vigna Pia, nè in un discreto raggruppamento di case situate nei pressi del forte Portuense, alla distanza di cinque o seicento metri da dette cave.

2° Anche un altro piccolo focolaio anofeligeno situato a 500 metri circa a sud-ovest dell'orfanotrofio, rappresentato da una marrana talora sbarrata per coltivazione orticola, e rivelatosi per qualche caso primitivo fra persone dimoranti poco lontane, è rimasto anch'esso inattivo per l'orfanotrofio.

3° Focolai anofeligeni più estesi dai 1000 a 1500 metri dal suddetto orfanotrofio costituiti da acque stagnanti nei piani di via della Magliana, e che avevano mantenuta sempre la malaria negli estremi limiti di via Irlandesi, degli Spagnoli, Imbrecciato, ecc., ad essi piani sovrastanti, mai ne avevano procurato all'orfanotrofio in parola, sebbene la loro influenza si spingesse fino ad abitazioni non più lontane di quattro o cinquecento metri da esso.

4° Formatosi il laghetto anofeligeno alle cave Jacobini la malaria, come abbiamo accennato, divampò ben presto fra i componenti l'orfanotrofio e fra una buona parte di popolazione rimasta per tanto tempo immune.

5° Nella zona suburbana più vicina alla città e nella zona di città della condotta Portuense: via Siena, Perugia, Benevento, Bologna, Catania, per un tratto di viale del Re, villini Monteverde, ecc., ecc., fra gli abitanti in una parola da 1 chilometro a 2 da dette cave, non si verificò alcunchè di anormale e potremmo escludere che in molte località le anofele siano giunte, per non avere trovato che delle larve di culex in alcune vasche delle vie suddette costruite per utilizzare a piccoli orti le aree non fabbricate.

In conclusione nella zona Portuense adiacente alle cave Jacobini è risultato che focolai anofeligeni piccoli non hanno dimostrata influenza infettiva superiore a 500 metri e che focolai anofeligeni grandi hanno ben presto causato malaria a detta distanza, ma non oltre 1 chilometro, 1 chilometro e mezzo.

Ora, un certo potere di spostamento dovendosi assolutamente riconoscere alle anofele, potere che chiaramente risulta in relazione colla gravità dei focolai, in relazione colla vicinanza o meno delle abitazioni o della presenza di animali, ed in relazione colla speciale configurazione del terreno, non recherà meraviglia se, come si asserisce, qualche centro abitato possa essere invaso dalle anofele provenienti da località più o meno lontane, si deve anzi ammettere che per via eccezionale questo spostamento possa risultare anche assai notevole, ma ciò ammesso, crediamo sia giusto ritenere, ciò che si è verificato nel suburbio Portuense è del resto quanto l'osservazione assidua ci ha fatto costantemente rilevare anche in altre località, che molto spesso, che in via ordinaria anzi le anofele non siano portate a lunghe emigrazioni, che sia loro costante abitudine, specialmente quando nascono vicino ad abitazioni, di non discostarsi granchè dal loro nido di origine, come crediamo giusto ritenere che la diffusione della malaria nelle varie zone soglia verificarsi in conseguenza di piccole tappe di successive generazioni, anzichè di lunghe emigrazioni delle anofele.

Si spiegherebbe così meglio la frequente disposizione saltuaria dei focolai, la localizzazione cioè della malaria in alcuni punti e non la sua disseminazione ovunque nelle zone malariche, che può talora dipendere da mancanza di malarici anzichè delle anofele, per la formazione di detti focolai, ma che è anche conseguenza logica dell'abituale loro limitato spostamento, almeno dall'ambiente invaso.

Del resto la malaria è stata sempre ritenuta quale prototipo delle malattie localistiche; osservazioni antiche e moderne concordano in questo concetto.

Siamo abitualmente portati a determinare fra varie zone vicine quelle dove si contrae e quelle dove si rimane immuni da malaria, e la concezione anzi che si è sempre avuta della delimitazione delle zone malariche, implica per sè stessa il riconoscimento di una limitazione d'influenza dei suoi focolai, una limitazione cioè dei confini di spostamento delle anofele.

D'altra parte se lo spostamento delle anofele non si verificasse generalmente dentro limiti ristretti, se si ammettessero abituali le lunghe emigrazioni, le campagne dovrebbero rappresentare il luogo d'allevamento e le città la meta delle anofele: Roma, dal suo esteso agro tanto anofeligeno in alcuni punti, contornata da una intensa coltivazione orticola nei suburbi, collo sfolgorio di luce che tramanda la notte, dovrebbe esserne invasa, dovrebbe essere una città malarica ed invece è salubre eminentemente; come in altre città la malaria vi ha dominato solo quando impaludamenti l'hanno circondata dappresso!

***

Nella interessantissima relazione sullo stato della difesa della malaria presentata al Congresso della Federazione igienica a Trieste dal prof. Dionisi veniva questo riassunto in una proposizione semplice « tentativi molti e risultati non soddisfacenti ».

Purtroppo vera questa affermazione, è anche assai dolorosa trattandosi di una malattia la più evitabile, di una malattia che si presumeva si sarebbe vinta in pochi anni.

Ma poichè questa constatazione suoni rimprovero, solo se meritato, è necessario distinguere fra le varie località quelle che potrebbero molto facilmente essere liberate dalla malaria, da quelle che richiedono opera assai ardua per raggiungervi lo scopo.

Se per quest'ultime è giustificata una lunga lotta e sono giustificati risultati anche non completi, per le prime invece è cosa veramente vergognosa mantenervela indefinitivamente.

È quindi il programma di lavoro che bisogna avere netto, sia rendendosi esatto conto delle condizioni delle varie zone, sia per praticare i metodi di lotta a seconda del bisogno.

I metodi come accennavamo sono tutti ottimi, dalla profilassi chininica, tanto discussa ma pur preziosa in date circostanze, alla disanofelizzazione idrica ed aerea meravigliose, dalla difesa meccanica, in mano esperte infallibile, alla piccola bonifica spesse volte miracolosa, ciò che necessita, è dare la prevalenza a ciascuno, secondo le speciali indicazioni, per ritrarne il maggior rendimento.

Ora, poichè come oramai è stato luminosamente dimostrato vi sono località nelle quali, non essendo la malaria legata a condizioni di luogo difficili ad essere rimosse, con una lotta diretta contro le anofele, sia colla disanofelizzazione, sia colla piccola bonifica è presumibile ritrarvi risultati tangibili e pronti; in queste località dovrebbero seriamente ed intensamente tali metodi essere praticati; sono degli anni che si lotta contro la malaria e sarebbe oramai doveroso che venisse almeno in esse repressa.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Stato attuale della dottrina della costituzione.

(I. BAUER. *Deut. med. Wochenschrift e Archivos de medicina cirugia y especialidades*, novembre 1920).

È generalizzata tra i clinici l'idea di considerare nelle malattie soltanto i fattori esterni, trascurando quelli che, per il loro carattere endogeno, sono meno accessibili all'osservazione. Solo, quando mancano i primi si va alla ricerca dei secondi: sono questi i casi che formano il gruppo delle malattie costituzionali.

Debbono anzitutto distinguersi i caratteri e le proprietà dell'organismo, trasmessi potenzialmente col germe nel momento della fecondazione, da quelli che si vengono acquistando nella vita intra- od extrauterina, provocati da circostanze esterne. Sono appunto i primi che entrano a far parte della costituzione individuale; gli altri vengono chiamati da Tandler *condizione* dell'organismo; ambedue i gruppi vengono riuniti dall'A. sotto il nome di disposizione organica dell'individuo, in cui si distinguerà una parte costituzionale ed una condizionale. Il termine di *costituzione* corrisponde al *genotipo* di Johannsen, ed all'*idiotipo* di Lenz e Siemens: *condizione* è invece identica con paratipo di Lenz e Siemens, mentre il concetto di disposizione organica ideato dall'A. è il fenotipo di Johannsen. La costituzione dell'organismo è formata dalla somma delle costituzioni parziali di ogni organo o tessuto.

La differenza fra caratteri costituzionali e condizionali consiste essenzialmente in ciò che i primi non sono modificabili e si trasmettono per eredità, mentre gli altri sono tutt'al più dovuti ad una lesione del germe.

Esistono costantemente piccole variazioni nei caratteri dell'individuo, ma le proprietà più frequenti possono essere riunite in un tipo medio, da considerarsi come normale. Le variazioni più o meno considerevoli da tale tipo normale costituiscono l'essenza della *degenerazione*. Questo *deficit* costituzionale non si fonda sopra un carattere isolato c sopra un'unica proprietà, deviati dallo stato normale, ma sono l'insieme di degenerazioni parziali, designate dall'A. come *status degenerativus*. Alcune stimmate degenerative isolate possono costituire uno stato di inferiorità del soggetto, come p. e. i molti ritardi di sviluppo, quali l'ipoplasia del cuore e dei vasi, il coloboma dell'occhio, la distopia renale. Altre stimmate mancano invece di significato, quali la forma dell'orecchio, l'omoplata scafoide, l'eterocromia dell'iride.

Lo *status degenerativus* si trova frequentemente in una serie di stati patologici, che, per il loro sviluppo, hanno bisogno di numerosi fattori costituzionali con intervento minimo dei fattori esterni; si possono quindi osservare molte stimmate degenerative in certe psicopatie endogene, come nel morbo di Basedow, nel diabete, nella cirrosi epatica, nel reumatismo articolare cronico. Si è tentato di raggruppare gli stati costituzionali di ogni individuo in forma di sindromi, basate o sui caratteri morfologici, o sopra sintomi funzionali, ovvero su fatti anatomo-patologici. A tale proposito è tuttora in vigore la teoria di Beneke, la quale considera come indice della costituzione individuale l'esistenza di relazioni fra struttura interna ed esterna del soggetto. Esiste, di fatto, un tipo morfologico con cuore relativamente piccolo, arterie strette, polmoni ampii, fegato piccolo, intestino corto, insieme che rappresenta l'abito tisico od astenico. V'è il tipo opposto, con cuore relativamente grande, arterie ampie, polmoni piccoli, fegato grande ed intestino lungo, tipo che rappresenta l'abito artritico od apoplettico. La divisione di Sigaud in tipo respiratorio, digestivo, muscolare e cerebrale si basa su caratteri esterni. Secondo l'A., la morbosità di ciascun tipo può facilmente essere definita; quello respiratorio e cerebrale vanno soggetti a tubercolosi polmonare: in quello muscolare e digestivo, si sviluppano di preferenza l'affezione sifilitica dell'aorta o la nefrite; il tipo muscolare è predisposto alle affezioni reumatoidi ed alle infezioni acute delle vie respiratorie superiori; il cerebrale mostra spesso la presenza di neurosi funzionali.

La disposizione organica astenica è fatta sulla base di un criterio essenzialmente morfologico, soprattutto esterno. L'astenia congenita di Stiller viene denominata dall'A. *disposizione organica*, perchè, nel suo sviluppo, prendono parte a canto di fattori costituzionali, altri che sono probabilmente di natura condizionale. Brugsch ammette che ogni abito astenico può venire dominato fin dalla giovinezza per mezzo di esercizii continuati e rinvigorendo la muscolatura; l'A., pur non essendo di tale opinione, ritiene che la modificazione fisiologica, la quale viene effettuandosi in questi soggetti col crescere della età, dipende dal fattore condizionale.

È noto che gli individui astenici vanno soggetti alla tubercolosi polmonare, fatto che si è attribuito alla ristrettezza anormale della regione superiore del torace, che fa del polmone

astenico un terreno favorevole allo sviluppo della tubercolosi apicale. Secondo l'A., esistono altri fattori che contribuiscono a questa evoluzione patologica, specialmente per quanto riguarda la forma esageratamente lunga; conseguentemente, grande è la distanza fra l'ilo ed il vertice polmonare e relativamente lungo il bronco apicale. Le alterazioni, che accompagnano l'abito astenico, come la tendenza a disturbi dispeptici, specialmente ulceri gastriche e duodenali, sono conseguenza, più che della astenia, di un'anomalia costituzionale del sistema nervoso, che vi si accompagna. Questa anomalia neuropatica comprende, oltre a certe particolarità qualitative, specialmente nella sfera psichica, una iperreccitabilità del complesso del sistema nervoso, in cui predomina talvolta quello della vita animale, tal'altra quello vegetativo, ora il simpatico, ora invece il parasimpatico.

Chi soffre una anomalia costituzionale è un neuropatico, sia esso infermo o sano per tutta la vita; invece il neuropatico che si sente infermo si converte in neurastenico.

Così pure hanno una base morfologica lo *stato timolinfatico* di Paltauf ed il suo ampliamento, lo *stato ipoplastico* di Bartel. L'ipertrofia considerevole del timo e l'iperplasia generale del sistema linfatico, vennero dapprima considerati come sintomi cardinali, attorno ai quali si raggruppavano le altre anomalie, come la stenosi irregolare dell'aorta e del sistema vascolare, l'ipoplasia dei genitali e del sistema cromaffine e così pure infantilismi parziali e difetti di sviluppo della più svariata natura. In seguito però non si considerò più la iperplasia del timo e del tessuto linfatico come un fatto costante, ma soltanto come il sintomo più frequente ed importante della costituzione ipoplasica. Più tardi Hedinger e Wiesel dissociarono questa anomalia in due, stato timico e stato linfatico; essi attribuiscono l'ipoplasia del sistema cromaffine allo stato linfatico, mentre Matti ed Hornowski ritengono che essa sia dovuta al timo. Più tardi Bartel e Stein descrivono lo stadio atrofico del linfatismo, secondo il quale le ghiandole linfatiche iperplasiche dell'infanzia vanno convertendosi poco a poco, dopo la pubertà, in ghiandole atrofiche, fibrose, sclerosate. La scuola francese ha adottato il termine di diatesi connettiva o diatesi fibrosa, concetto dinamico che corrisponde a quello anatomico dello stato ipoplastico. L'abito esterno nello stato timolinfatico non possiede alcun segno di nota.

L'esistenza della *diatesi essudativa* come tipo speciale si manifesta per la tendenza ad infiammazioni superficiali con intensa reazione essudativa e proliferativa, in conseguenza di lesioni esogene, quasi sempre insignificanti. Gli individui sono inoltre predisposti a soffrire catarri cronici e recidivanti delle vie aeree superiori con iperplasia consecutiva del tessuto adenoideo, catarri oculari, pitiriasi, intertrigine, prurigo, eczema, con una tendenza particolare a soffrire di asma del fieno, asma bronchiale ed enterocolite muco-membranosa. Sotto punti di vista clinici e statistici viene giustificata la disposizione organica nota sotto il nome di *artritismo* od *erpetismo*, necessaria per spiegare il fatto che certe malattie, come la gotta, l'obesità, il diabete, la formazione di calcoli nelle vie biliari od urinarie, l'arteriosclerosi prematura, il reumatismo, certe neuralgie, emicranie, asma bronchiale, eczema ed altre dermatosi si sviluppano a preferenza in uno stesso individuo, in combinazioni svariate, simultaneamente o successivamente. Gli individui di costituzione artritica presentano un abito esterno, in certo modo opposto a quello degli astenici. Si tratta di soggetti obesi, a collo corto, con cassa toracica corta, ampia, e muscolatura vigorosa ed ipertonica. Dapprima si dava all'artritismo la denominazione di diatesi fibrosa.

Il principio del *locus minoris resistentiae*, basato sopra una lesione condizionale od uno stato di inferiorità costituzionale di un organo o di un sistema, merita maggiore attenzione di quanto generalmente si conceda.

In molti casi l'anomalia costituzionale di un organo si manifesta in quanto che esso non raggiunge il suo complesso sviluppo e si arresta ad un periodo evolutivo, normalmente transitorio; in tal caso si può parlare di infantilismo o fetalismo parziale, in opposizione a quello generale in cui nessuna parte od organo dell'economia raggiunge lo sviluppo completo. Il decorso armonico dello sviluppo e dell'accrescimento dell'organismo, come pure la sua evoluzione senile sono retti dal sistema nervoso ed endocrino; i disturbi di evoluzione od involuzione hanno in fondo un'origine di questa natura.

La dottrina della costituzione, pure essendo ancora allo stato embrionale ha potuto risolvere certi problemi che dapprima, con la osservazione eziologica unilaterale e batteriologica, erano passati inavvertiti. Essa però ha complicato notevolmente i processi eziologici e patogenetici invece di semplificarli, ciò che lungi dall'essere un inconveniente è un'approssimazione verso la verità, che è il termine a cui dobbiamo aspirare.

FILIPPINI.

SIFILOGRAFIA.

Il Salvarsan argentico.

(M. NATHAN. *Presse Médicale*, 18 dicembre 1920, n. 93, pag. 919).

Il silbersalvarsan o salvarsan argentico ha una composizione tenuta ancora segreta in cui non si sa se l'argento è fissato allo stato di colloide, di ossido o di sale complesso. Secondo le analisi di Hoppe la proporzione dell'argento e dell'arsenico è rispettivamente del 12,7 e del 25,5 per 100: in altri termini 20 centigr. di silbersalvarsan, che rappresentano la dose usuale, contengono 0,0254 di argento e 0,043 di arsenico.

L'azione dell'argento rinforza quella dell'arsenico. Questa influenza dell'argento sui sintomi specifici non era sfuggita a Charcot il quale adoperava contro i dolori della tabe da 1 a 2 centigr. di nitrato di argento. Anche recentemente Kolle aveva notato che i conigli, dopo una o due iniezioni endovenose di collargolo, resistono a dosi di salvarsan mortali per gli animali di controllo. Il silbersalvarsan ha il doppio vantaggio sui composti precedenti di essere più attivo e meno ricco in arsenico.

Il rapporto fra la dose attiva e la dose tossica è di 1 a 10 per il neo-salvarsan e 1 a 30 per il silbersalvarsan. Negli animali i treponemi scompaiono in 72 ore col neo-salvarsan, in 24 ore col silbersalvarsan in dose tre volte minore.

Hoppe ha studiato l'eliminazione del prodotto attraverso le urine, tanto allo stato di argento che allo stato di arsenico. La metà dell'arsenico iniettato disparisce nelle prime 24 ore, i 3/4 in capo a 4 giorni. Dopo questo tempo l'argento è sparito completamente mentre l'arsenico sussiste in traccie fino al 10° giorno. Una frazione minima dei due corpi passa con le materie fecali.

Il medicamento, che si vende in commercio chiuso in fiale, si presenta sotto l'aspetto di una polvere bruna, assai solubile nell'acqua tiepida ed anche nella fredda. La soluzione si fa in acqua distillata sterilizzata o in soluzione cloruro-sodica (0,40 %). Le dosi abituali (15-30 cgr.) si sciolgono interamente in due centim. cubici di acqua. La tecnica delle iniezioni è semplicissima. Si aspirano in una siringa di 10 cmc., 3 cmc. di acqua, si aggiunge a poco a poco il silbersalvarsan, si agita e ci si assicura che non restino dei grumi aderenti alla parete della siringa. Non occorre filtrare. La soluzione deve avere un colorito bruno simile a quello dell'ittiolo. Ogni prodotto la cui soluzione non abbia il colore voluto dev'essere sistematicamente rigettato.

Le iniezioni si fanno abitualmente nelle vene. Il colore del medicamento impedisce di vedere il riflusso del sangue nella siringa: basta, per ovviare a questo inconveniente, fare attenzione al pistone dello strumento che viene respinto in dietro dall'afflusso di sangue (1).

Del resto la tecnica è quella di tutte le iniezioni endovenose e, come per il neosalvarsan, la penetrazione dev'essere lenta. Bisogna evitare che il medicamento vada nei tessuti perivenosi, il che dà luogo a dolori intensi e prolungati (fino a 10 giorni), e si avrà cura dopo fatta l'iniezione, di ritirare rapidamente l'ago e di comprimere subito il punto ferito per evitare il riflusso del sangue mescolato al medicamento.

Alcuni hanno praticata l'iniezione intramuscolare delle stesse soluzioni, la quale sarebbe assolutamente indolore. Qualche specialista preferisce questa all'iniezione endovenosa in quei casi, come nella sifilide nervosa cronica, in cui si richiede un'azione ed un'eliminazione lenta e continuata. Le dosi per le iniezioni intramuscolari sono le stesse di quelle endovenose.

La prima iniezione intramuscolare o endovenosa è seguita spesso da un'elevazione termica che può arrivare a 38°, 39° e può essere accompagnata da cefalea e da vomito.

Quelle successive sono per lo più ben tollerate, ma non sempre. L'elevazione termica che si ripete nelle infezioni successive è segno d'intolleranza ed a seconda dei casi ci deve indurre ad astenerci dal continuare nella cura oppure a ritornare alle dosi minime.

Le crisi nitritoidi forse sono più frequenti che non con gli antichi prodotti e sarebbero dovute, pare, alla soverchia concentrazione della soluzione: con soluzioni più diluite sarebbero meno rare.

In conclusione, per quanto riguarda la posologia, si è ancora nel periodo di prova: sembra però che, più ancora che non per i prodotti anteriori, occorra tener conto della sensibilità individuale che sarebbe più variabile da soggetto a soggetto.

Le dosi abitualmente impiegate vanno da 0,15 a 0,25 per iniezione, due ed anche tre volte per settimana se la reazione del malato lo consente.

La serie totale è di gr. 1,20 a gr. 1,50. Le dosi minori, la minore quantità di arsenico sembrano raccomandare il silbersalvarsan all'attenzione dei pratici, malgrado la maggiore frequenza della febbre e delle crisi angiotossiche.

---

(1) V. in proposito la nota del Lombardo nel « Supplemento », n. 48, pag. 1383.

Le recidive, cutaneo-mucose o anche nervose, si producono più facilmente col nuovo preparato che non col 606 e col 914. Al di sotto dei 5 centigr. il medicamento tende ad esaltare la virulenza del treponema. Dopo un miglioramento reale, nuova esacerbazione, ricomparsa dei sintomi con intensità maggiore che non prima della cura. Ora ciò che per gli accidenti cutanei non ha che una relativa importanza, diventa particolarmente grave quando si tratti di fatti nervosi, dei quali è nota la resistenza al trattamento.

Le neuro-recidive sono più frequenti col silbersalvarsan, che con i preparati precedenti purchè adoperati con le dovute regole. Sembra però che queste manifestazioni non siano tutte dovute all'insufficienza della cura e, come per il 606 ed il 914, non abbiano sempre la medesima patogenesi.

Le dosi troppo forti del silbersalvarsan determinano delle eruzioni tossiche, a tipo morbilliforme od orticante e degli edemi facciali quasi sempre effimeri. Sono stati segnalati un caso di diarrea, due d'ittero ed anche due casi mortali senza che si possa incriminare un difetto di tecnica nell'uso del preparato.

La maggioranza degli autori sembra soddisfatta del nuovo prodotto. La sua azione sulle manifestazioni cutanee e mucose sembra più rapida che non col 914 e col 606 e ciò a dosi notevolmente minori. Sembra pure che neutralizzi più rapidamente la Wassermann per quanto non sempre la curva sierologica sia parallela all'evoluzione clinica.

Il trattamento col silbersalvarsan nella sifilide nervosa dev'essere condotto in modo diverso a seconda che si abbia a che fare con una forma recente o antica.

Nella sifilide recente fare al massimo tre iniezioni per settimana, una di 0,15, due di 0,20 e continuare così fino a raggiungere la dose di 2 o anche di 4 gr. nello spazio di quaranta giorni e più. Se si ha reazione, attendere tre giorni dopo che questa è finita, per ricominciare il trattamento il quale sarà allora ripreso con dosi debolissime.

Nella tabe le dosi saranno più deboli: 0,20 a 0,30 per settimana in due o tre iniezioni fino alla dose complessiva di 2 gr. in sei od otto settimane ed anche più. Nella sifilide precoce l'azione del silbersalvarsan sembra più rapida e più completa, e così pure in quella tardiva pare che i disturbi subiettivi ed obiettivi regrediscano più rapidamente con una più forte percentuale di R. W. negative del liquido cefalo-rachidiano.

I tabetici presentano una maggiore intolleranza al preparato, in proporzione forse delle loro più frequenti lesioni viscerali.

L'uso contemporaneo del mercurio pare superfluo, ma non vi è incompatibilità, e molti alternano mercurio e silbersalvarsan.

Meno ricco in arsenico, più efficace e a dosi inferiori che non i precedenti preparati, il salvarsan argentico non è però esente nè anche esso da pericoli ed espone a reazioni febbrili ed a recidive più che non gli altri prodotti.

V. MONTESANO.

NEUROLOGIA.

I disturbi mentali nel morbo di Parkinson.

(CLAUDE. *Paris Médical*, 2 ottobre 1920).

Il morbo di Parkinson era fino a poc'anzi considerato come un'affezione di natura ignota, che colpiva sopratutto gli individui anziani, o al limite della vecchiezza, e caratterizzata da disturbi muscolari: lentezza dei movimenti, rigidità muscolare, modificazione della mimica, tremori, andatura caratteristica con anteropulsione o retropulsione. Ora si sa che sono state trovate alterazioni molto interessanti a livello del globo pallido del nucleo lenticolare, e nel *locus niger*. Non si tratta di grandi lesioni vascolari (emorragie, rammollamenti), ma di modificazioni cellulari, che vanno fino all'atrofia con sostituzione di tessuto sclerotico agli elementi scomparsi. Probabilmente si tratta di un lento processo di degenerazione, d'origine ischemica, in rapporto ad ateroma dell'esagono di Willis. D'altra parte la sindrome parkinsoniana si verifica in modo del tutto analoga in individui anche giovani, che sono stati affetti da encefalite epidemica, le cui alterazioni anatomiche prevalgono a livello del mesencefalo e nei nuclei grigi centrali. È legittimo quindi pensare che nei soggetti affetti da encefalite letargica che manifestano fin dal principio sintomi a tipo parkinsoniano o che tendono verso questa sindrome si producono lesioni persistenti nel nucleo lenticolare e nel *locus niger*. Le analogie tra la sindrome parkinsoniana primitiva e quella secondaria all'encefalite dà ragione anche di alcune somiglianze dei disturbi psichici delle due malattie.

Gli individui affetti da morbo di Parkinson presentano una certa lentezza di ideazione, una depressione più o meno profonda, una tendenza alla tristezza, ma queste modificazioni dell'umore, del carattere, dell'attività psichica sono forse spiegate dalle pietose condizioni di salute dei pazienti.

Brissaud pur riconoscendo con Parkinson e Charcot la lucidità persistente e la conservazione della memoria dei parkinsoniani insiste sul contrasto tra l'apatia di questi pazienti e

la loro curiosità, sul loro desiderio egoista di attirare l'attenzione degli altri su di loro. Il dispetto che provano constatando che le loro esigenze non sono soddisfatte li rende irritabili, diffidenti e li conduce ad idee deliranti di sospetto.

Butil ammette che si possano osservare disturbi dell'umore e del carattere in rapporto alla loro situazione penosa, e anche stati vesanici e delirii, che per alcuni sono in dipendenza della stessa malattia, e per altri sono fenomeni episodici sopravvenuti accidentalmente e legati alla sifilide, all'arteriosclerosi o all'alcoolismo.

Regis ammette questa distinzione e insiste sul contrasto tra la tristezza del soggetto che si contengono come veri malinconici, ipocondriaci, perseguitati, con idee di suicidio, e la maschera inespressiva, impassibile del viso: un vero esempio di disassociazione tra il pensiero e la sua estrinsecazione, di una mimica paradossale d'espressione d'azione, di una vera paramimia. Regis ricorda inoltre il delirio onirico osservato in alcuni parkinsoniani da Pointon e da Collomb; uno stato psicopatico che si manifesta ad accessi e pare legato alle crisi di aggravamento del male.

Manifestazioni molto analoghe si constatano negli individui affetti da encefalite letargica, nei quali l'affezione assume il tipo parkinsoniano. In questi malati i disturbi dell'umore e del carattere sono costanti. In essi si nota una astenia persistente con lentezza dell'udeazione, e sopratutto difficoltà nell'estrinsecazione del pensiero con la parola, la scrittura ed anche con la mimica. L'esauribilità è facile e resta per lungo tempo, l'attenzione è mal sostenuta. Il soggetto è molto lucido, e stanco di essere privato dei suoi mezzi d'azione diventa brontolone, irritabile, esigente, capriccioso, egoista. Più tardi l'irritabilità si esagera nello stesso tempo che l'attività si altera, accessi di eccitazione si alternano con accessi di depressione con pianto, scoraggiamento, sospetto o anche persecuzione. Caratteristico è il passaggio rapidissimo nello stesso soggetto dalla depressione alla gaiezza con una certa verve di sarcasmo. Questo stato ha il suo riscontro nell'atteggiamento motorio. Ci sono parkinsoniani i quali mentre sembrano fissi nella loro attitudine, ed i cui movimenti sono di una lentezza estrema, sono a volta capaci di fare passi ginnastici, di correre, di fare dei salti per balzare dal letto. D'altra parte si potrebbe ricordare che il passaggio dal riso al pianto spasmodico reciprocamente è un fatto abituale nelle paralisi pseudo-bulbare, che da qualche autore è stata comparata alla sindrome parkinsoniana.

L'A. riferisce la storia di tre individui affetti da morbo di Parkinson con disturbi psichici. Il fatto più importante constatato è il tipo alternante dei fenomeni psicopatici: i tre malati hanno presentato in grado diverso periodi di esaltazione e depressione, con passaggio brusco dall'una all'altra forma. In due casi si sono verificate crisi di parlare rapido con una curiosa stereotipia verbale: ripetizione della stessa parola o della stessa parte di una frase con una rapidità crescente ed in modo sempre più forzato (tachifemia stereotipica). Si tratta di una manifestazione che sembra comparabile all'antepulsione e alla retropulsione proprie dell'andatura dei parkinsoniani. Il carattere forzato di questa tachifemia fa supporre che si tratta di un disturbo complesso dell'espressione dell'adattamento del pensiero alla parola, come il riso ed il pianto spasmodico.

I fatti constatati, i disturbi mentali, le manifestazioni anomali dell'attività psichica sono da una parte l'espressione di disturbi della corticalità cerebrale, d'altra parte di certe lesioni dei centri regolatori dell'attività motrice nell'adattamento del pensiero alla parola, come esistono alterazioni dei centri regolatori del movimento, del tono e dell'equilibrio delle funzioni muscolari agoniste ed antagoniste nei nuclei grigi centrali o nel *locus niger*. Così la encefalite epidemica con le sue localizzazioni elettive in questi centri assume la stessa sindrome motoria e psichica del morbo di Parkinson, il quale pare sia in rapporto con lesioni vascolari croniche delle medesime regioni.

dr.

SEMEIOTICA.

L'importanza dell'esame funzionale dell'organo uditivo per la diagnosi precoce e per la prognosi dell'arteriosclerosi cerebrale.

(C. STEIN. *Ztschr. f. Klin. Med.*, n. 1-2, Band 90, 1920).

È molto importante riconoscere i primissimi sintomi dell'arteriosclerosi cerebrale, onde evitare a tempo con una adatta terapia che la malattia progredisca causando delle lesioni irreparabili. La diagnosi precoce dell'arteriosclerosi cerebrale è però difficile, perchè quasi tutti i sintomi che ci indicano la presenza del processo morboso sono soggettivi e perciò di dubbia interpretazione. L'arteriosclerosi cerebrale può al suo inizio assumere diversi aspetti; la forma più frequente e praticamente più importante è quella nervosa. Il suo aspetto clinico è molto simile a quello della nevrastenia; i sintomi più caratteristici sono tre:

cefalea, vertigine, indebolimento della memoria.

La cefalea, diffusa, è spesso molto intensa e si accentua in seguito a fatiche muscolari od a emozioni; essa si inizia di solito nelle prime ore del mattino e o dura tutta la giornata, oppure cessa nelle ore pomeridiane. La vertigine è accessuale: essa viene provocata da sforzi fisici o da emozioni psichiche.

L'indebolimento della memoria si manifesta con l'impossibilità di ritenere delle cognizioni recenti mentre persiste di solito la memoria dei fatti passati. È caratteristico l'alternarsi di periodi di miglioramento con periodi di peggioramento. A questi sintomi si possono aggiungere delle manifestazioni a focolaio (disturbi transitorî della sensibilità o della motilità, passeggera afasia motoria o amnestica, differenze nelle innervazioni del facciale, ecc.) e delle perdite di coscienza di breve durata.

Diagnosticamente più importanti sono i sintomi oggettivi, che si possono manifestare nello stadio iniziale dell'affezione a carico della retina (alterazioni dei vasi visibili all'esame oftalmoscopico) e dell'orecchio interno.

L'apparato acustico, oltremodo sensibile a perturbamenti dell'irrorazione sanguigna, presenta molto precocemente dei disturbi auditivi e talvolta anche vestibolari quando la circolazione nei vasi della cavità cranica sia patologicamente alterata. Questi disturbi (sensazioni auditive soggettive, diminuzione della capacità auditiva, nistagmo, vertigine) precedono talvolta qualsiasi altra manifestazione morbosa da parte dell'apparato circolatorio; essi sono allora il primo sintomo che richiama l'attenzione sull'alterazione patologica dei vasi. I disturbi acustici sono talvolta transitorî (alterazioni vasomotorie), altre volte progredienti (alterazioni sclerotiche). I disturbi vasomotorî molte volte precedono l'affezione vasale organica; essi vanno perciò considerati, quando sono intensi e si ripetono spesso, come delle manifestazioni presclerotiche e come tali curate. Quando esiste una costante progressione nella diminuzione della capacità auditiva si può con grande probabilità ammettere l'esistenza di una arteriosclerosi cerebrale. Se coesistono dei disturbi cerebrali, questi vanno senz'altro riferiti all'alterazione vasale anche se l'esame del cuore e delle arterie centrali e periferiche non rivela nulla di patologico.

Un'improvvisa forte diminuzione della curva auditiva dev'essere sempre considerata di prognosi seria: essa indica o una notevole perdita d'elasticità delle pareti arteriose, oppure una grave insufficienza psichica (conseguenza della degenerazione cerebrale arteriosclerotica).

Disturbi vestibolari persistenti sono l'esponente di un processo arteriosclerotico cerebrale avanzato, e quando essi sono accompagnati da sordità completa o quasi si deve pensare a qualche grave lesione organica del labirinto (emorragia od embolia).

L'esame funzionale dell'organo auditivo, ripetuto a diversi intervalli, oltre ad essere uno dei primi segni rivelatori dell'arteriosclerosi cerebrale, fornisce dei dati importantissimi sullo sviluppo e sulla progressione del processo arteriosclerotico.

POLLITZER.

La percezione della posizione del nostro corpo e dei suoi spostamenti.

(A. GEMELLI, G. TESSIER e A. GALLI. *Archivio Italiano di Psicologia*, I, 1920, 107).

Avvalendosi del materiale di osservazione di un istituto psico-fisiologico di aviazione militare, gli AA., mediante un opportuno apparecchio, hanno studiato sistematicamente la percezione della posizione del nostro corpo, il senso degli atteggiamenti. Essi sono giunti alle seguenti conclusioni.

Tra gli spostamenti compiuti con moto uniforme quelli più facilmente avvertibili, senza l'aiuto della vista, sono quelli laterali; poi vengono quelli longitudinali; quelli rotatorî non sono da noi valutati che con errori grossolani. Uno spostamento anteriore è meno facilmente percepito di uno spostamento posteriore. La valutazione degli spostamenti è più rapida e più esatta per i movimenti laterali, in confronto di quella degli spostamenti longitudinali e rotatorî. Tale valutazione è più rapida ed esatta per i movimenti all'indietro, che per quelli in avanti.

Tutto questo ha valore costante se si tratta di spostamenti uniformi e lenti. Se invece si stimola il soggetto con spostamenti rapidi, ma uniformi, la differenza tra i varii spostamenti è meno evidente e in genere la percezione dello spostamento è più fine, ond'è che occorre — perchè il soggetto lo percepisca — un grado minimo di spostamento dalla orizzontale minore che nei movimenti lenti. Inoltre il soggetto impiega un tempo minore a percepire lo spostamento.

Praticando esperienze con lo scopo di eliminare le sensazioni tattili e muscolari, si è notato una minore finezza di percezione degli spostamenti e in alcuni casi al soggetto riusciva impossibile di percepire il grado e il senso dello spostamento; ond'è che si può concludere che il fattore principale che agisce sulla percezione

degli spostamenti del nostro corpo dal piano normale è dato da sensazioni cutanee, articolari e muscolari. Non egualmente tutti sottoscriveranno alla illazione che gli AA. ne traggono: «Si può dunque escludere che il labirinto abbia una influenza nella percezione della posizione del nostro corpo e dei suoi spostamenti dalla posizione normale».

Oggi si è portati a ritenere che la percezione dei movimenti del corpo e degli spostamenti di esso dalla posizione normale non sia da attribuirsi esclusivamente alla funzione di un organo specifico; essa è molto complessa e risulta di elementi varî, è determinata da sensazioni che provengono da varî organi a seconda della qualità dei movimenti e degli spostamenti stessi.

Se per un fisiologo la questione della percezione del nostro corpo è risolta allorquando si sono determinate le sensazioni immediatamente prodotte nel nostro corpo a cagione dei suoi movimenti e spostamenti dalla posizione normale, e quando si siano determinati quali organi forniscono tali sensazioni, per uno psicologo la questione è molto più complessa, in quanto resta da domandarsi se sensazioni provenienti da parti diverse del corpo o da altri organi, ovvero rappresentazioni di origine diversa non si associno alle *sensazioni immediate* indotte nel corpo o in un suo arto dallo spostarsi del corpo stesso.

Ora dagli studi di Bourdon e dei nostri autori risulta che in tale sensazione e rappresentazione della posizione assunta dal nostro corpo entrano per gran parte anche le sensazioni visive e quelle cagionate dalla pesantezza.

G. BILANCIONI.

MEDICINA SOCIALE.

L'orario continuato.

(PIERACCINI, *Il Lavoro*, 31 agosto 1920).

Gli argomenti d'indole scientifica che militano contro un orario di lavoro continuato o, il che fa lo stesso, contro un orario che consenta un breve intervallo di riposo fra il lavoro antimeridiano ed il pomeridiano, sia che si tratti di lavoro muscolare o cerebrale, si compendiano in questi principii:

a) ogni organo in funzione esaurisce a poco a poco le proprie energie, che vengono trasformate in lavoro attivo esterno (produzione);

b) ogni organo in funzione si sovraccarica, in conseguenza del lavoro che compie e proporzionatamente al lavoro medesimo, di materiali di riduzione (scorie); questi materiali di disassimilazione determinano il fenomeno della fatica e ove non siano di volta in volta rimossi, deteriorano l'organo.

Tali fatti, incontrovertibili, portano di conseguenza che:

a) al lavoro deve susseguire un proporzionato riposo, il quale permetta all'organo di rimontarsi, ossia di rifornirsi di energia;

b) l'organo che ha lavorato ha bisogno di un periodo di riposo, anche perchè possa — sempre a mezzo della circolazione sanguigna e linfatica — sbarazzarsi delle sostanze tossiche di disassimilazione (scorie).

Ciò si compie a mezzo della circolazione sanguigna e linfatica, e mercè l'alimentazione e le funzioni di secrezione.

Nella produzione del fenomeno fatica può concorrere un altro fattore: la monotonia del lavoro, che vale tanto per i lavoratori manuali come per gli intellettuali. Quanto meno il lavoro è svariato, tanto più stanca.

Sia poi che si tratti di officine, laboratorî, uffici, ecc., quando si ha da fare con lavoro compiuto in ambienti chiusi, lo spezzare il lavoro del mattino da quello del pomeriggio si rende necessario anche perchè possa compiersi completo e libero il rinnovamento dell'atmosfera degli ambienti e l'allontanamento delle più svariate impurità dell'aria.

Ribellandosi a questi canoni di fisiologia e d'igiene si cade, per diverse vie fatte convergenti, nell'affaticamento e nell'esaurimento; ripetendosi questi attentati alla salute, si può arrivare a conseguenze anche gravi. Anche non avvertendo lì per lì le conseguenze del lavoro esagerato (malessere indefinibile, pesantezza di testa, ecc.), non per ciò viene a mancare il lento danno all'organismo; i danni della fa-

tica abituale cronica, per non essere immediatamente sensibili, non sono per ciò meno gravi. A certi inconvenienti non ci si abitua.

Conviene anzi, in proposito, notare che appunto l'abitudine ai lavori troppo prolungati è di per sè dannosissima. L'abitudine alla fatica riuscendo a paralizzare nell'uomo il senso della stanchezza, ossia ad attutire, rispetto alla nostra coscienza, la vigilanza di quegli apparecchi nervosi che funzionano da misuratori o da indici delle nostre energie, viene conseguentemente ad annullare quella protesta dell'organismo umano che d'ordinario vale (o dovrebbe valere) a tener lontani dalla fatica e dall'esaurimento. In una parola, cessa di funzionare il manometro della tensione nerveo-muscolare nell'organismo umano.

Queste leggi e questi principî presiedono ad ogni genere di lavoro, sia fisico, sia mentale. Resta inteso che si deve considerare come lavoro troppo a lungo protratto — alla stregua dell'igiene e per le sue conseguenze morbose — anche quel lavoro che pur non avendo un sovraccarico di ore nella giornata, è però inretato da un orario quotidiano in cui non sono regolarmente e convenientemente alternati periodi di lavoro con periodi di riposo.

***

Alle suesposte considerazioni altre se ne possono aggiungere. Il cosiddetto orario continuo comporta una sola mezz'ora di riposo, tra il lavoro antimeridiano e il pomeridiano. L'operaio o l'impiegato, stanco di un primo lavoro compiuto nelle ore antimeridiane, si rifocilla al mezzodì nei locali del lavoro, usando cibi freddi (dei caldi oggi è difficile procurarsene), per ritornare dopo breve tempo alle consuete mansioni. Si crea con tale ordine di cose una condizione pessima allo stomaco che deve digerire, e ai muscoli ed al sistema nervoso che dovrebbero ristorarsi.

Un viscere in funzione attira a sè, per necessità fisiologiche, gran copia di sangue, e così nel frattempo si rendono in certa misura più poveri di sangue gli altri organi ed apparecchi. Ora la funzione digerente richiede grande afflusso di sangue nella cavità addominale per tutto quel periodo in cui la funzione stessa si svolge, ma precipuamente nella sua prima fase, ossia in quella che immediatamente sussegue alla ingestione del cibo. Ogni altra funzione organica che si compia in questo periodo al di fuori dei visceri interessati nel processe digestivo, concorre (o può concorrere) a disturbare la digestione, perchè dagli organi impegnati nella nuova inopportuna operazione si distrae una parte di quel sangue e di quelle energie che sarebbero necessarie affinchè, indisturbata, regolarmente e rapidamente si svolgesse la digestione medesima. Anche la funzione digerente così disturbata, a sua volta si riflette dannosamente su ogni altra funzione dell'organismo *in toto* e meno proficua (minorata o difettosa) risulta la produzione di lavoro.

Per cui lavorando con un orario continuativo si viene a creare un circolo viziosamente morboso, i cui elementi sono rappresentati da una cattiva digestione o digestione incompleta (perchè turbata da inopportuno lavoro), e da un lavoro il quale sul principio del pomeriggio si svolge in periodo incongruo, quindi con danno del corpo. Mentre il corpo aveva bisogno di riposare per liberarsi dai prodotti di intossicazione dovuti al lavoro del mattino, e rimontarsi di nuove energie per attendere al lavoro delle ore pomeridiane, è messo nelle condizioni meno favorevoli per soddisfare alle proprie necessità fisiologiche. A tutto questo si aggiunga che la stessa qualità del cibo — cibo freddo — che gli operai debbono ingerire in officina, è meno adatto, meno facile alla digestione di quello che non si creda, e ne possono scapitare oltre agli operai le capacità digerenti.

Questo complesso di fatti antifisiologici non solo colpisce l'apparecchio digerente, ma si ribatte su tutta quanta la compagine organica e ne possono scaturire, oltrechè malattie gastro-intestinali e nervose, anche malattie d'indole più generale.

Dal punto di vista dell'igiene non si ha per gli operai, col nuovo orario di lavoro delle otto ore, che una soluzione razionale: l'orario spezzato.

Nè si faccia l'obbiezione generale che tutta questa è una proclamazione teorica, ma non ha ragione positiva; perchè sta il fatto che i medici pratici conoscono queste cose anche attraverso la propria esperienza clinica, cioè ai numerosi malati che hanno avuto modo di osservare, malati per eccesso di lavoro o per lavoro mal distribuito nella giornata. In ogni modo rimane sempre indiscutibile principio che la scienza è e dev'essere la guida e la maestra nella vita; e se vi hanno alcuni pochi che mettendosi fuori delle leggi dell'igiene possono anche impunemente e per qualche tempo peccare, ciò non significa che ribellandosi alla scienza si debbano trascurare le capacità medie di resistenza organica, e che il volere e il prepotere dei più forti debba sacrificare la salute dei più deboli e dei meno forti. In tutto si potrà fare questione a base di considerazioni individuali, meno che in tema

d'igiene; quando si hanno a risolvere problemi di pubblica salute, bisogna riportarsi a quello che la generalità degli uomini richiede.

In conclusione, per aversi l'*optimum* nel lavoro e nella produzione, il compito della giornata dev'essere diviso in periodi distinti e distanti; così i processi di assimilazione e disassimilazione si compiranno completamente e si risparmieranno all'organismo danni acuti e cronici.

Gli operai delle industrie applicando un orario di lavoro discontinuo con almeno un'ora d'intervallo dovrebbero chiedere che fossero annessi ai locali del lavoro appositi refettorî dove rifocillarsi e riposarsi. Il pasto preso così collettivamente permetterebbe agli operai anche di organizzare in modo le cose da farsi servire un alimento leggero, caldo, ristoratore; e la cooperazione permetterebbe anche delle economie, in quanto si potrebbero fare acquisti di generi in comune e per forti quantità.

Se poi le officine o altri ambienti di lavoro fossero sprovvisti di refettorî, e gli operai si dovessero recare lontano dal posto di lavoro per la refezione del mezzodì, bisognerebbe portare il periodo di riposo ad un'ora e mezzo, per comprendervi anche il tempo di recarsi dall'officina all'abitazione e viceversa. Ma il meglio è rappresentato dai refettorî annessi ai locali di lavoro; il pessimo dalla presa del cibo nello stesso locale. Dopo le opere del mattino, a mezzogiorno i locali del lavoro devono essere sgomberati dagli operai, e negli ambienti deve immettersi nuova aria pura.

A integrazione delle cose dette si potrebbe anche prospettare la convenienza (dati anche i lavori pesanti ed in ambienti eccessivamente riscaldati, come interviene in alcuni reparti della metallurgia) di un orario estivo e di uno invernale. Nell'estivo quattro ore e mezzo o cinque di lavoro al mattino, due ore di riposo, e tre e mezzo o tre ore di lavoro rispettivamente nel pomeriggio. Nell'inverno le otto ore di lavoro divise in parti uguali, con ore una o una e mezzo di riposo.

***

Sullo stesso argomento ha pubblicato un interessante articolo il prof. G. Mingazzini sull'*Epoca* del 18 dicembre 1920; ne riportiamo alcune parti.

In biologia non esistono dogmi, come non esistono nella società. La prima cosa è distinguere: esistono uffici rutinari nei quali si compie un lavoro metodico che non esige da parte della mente uno sforzo straordinario, in cui anche sei ore di lavoro più o meno continuato stancano poco o punto il cervello. Ben diversa è la cosa quando si tratti di un ufficio ove vi sia bisogno di un lavoro affrettato o in cui si richieda attenzione, riflessione e una responsabilità più o meno diretta. Qui realmente l'uomo è obbligato a concentrare tutte le sue forze affinchè il prodotto delle sue fatiche corrisponda allo scopo che egli si prefigge. Se ne ha un esempio eloquente paragonando il numero e la gravità dei disturbi neurastenici i quali si osservano fra gl'impiegati di alcune Banche, di alcuni Ministeri, con quelli di altri Istituti che portano l'istesso nome, ma le cui mansioni sono *toto coelo* diverse.

Negli uni si tratta di attribuzioni modeste che non hanno bisogno di esecuzione immediata; negli altri invece tutto dev'essere compiuto alla svelta e quel che più monta coll'obbligo di stare attenti alle parole, alle sillabe e perfino ai punti.

Se uomini che il destino ha posto in una posizione così difficile fossero obbligati per legge a privarsi perfino di un po' di alimento prima delle tre o delle quattro, è lecito davvero prevedere che la falange dei neurastenici si moltiplicherebbe in un modo impressionante. Nè vale l'obiettare che alcuni hanno la capacità di rimanere laboriosi ed instancabili nei loro impieghi senz'accusare un po' di stanchezza. Si tratta di nature veramente eccezionali che non è lecito portare ad esempio. Nè vale come dimostrazione la capacità al lavoro ed ai sacrifici dei giovani impiegati, i quali, ancora robusti, forti, pieni di entusiasmo nel compiere il loro dovere, sanno resistere agli sforzi fisici e mentali.

Bisogna attendere un po' di anni per vedere quanti di questi ricorrono alla nostra opera. Per vivere bene occorre innanzi tutto essere igienisti.

Per concludere, il vecchio sistema di dividere il lavoro di ufficio in due turni della giornata corrisponde a quanto insegnano le leggi della natura. Ottenere l'orario continuato sarebbe un danno grave per gli impiegati stessi ed anche per lo Stato, il quale si accorgerebbe che il rendimento ricavato dal loro lavoro scenderebbe molto al disotto di quello attuale.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

H. BRAUN: *Die örtliche Betaubung, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung* (L'anestesia locale, sue basi scientifiche ed applicazioni pratiche), con 208 figure, V edizione. — Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1919.

Il prof. Braun ci presenta la quinta edizione, completata e parzialmente rifatta, del suo libro, pubblicato nel 1905.

Dopo avere svolta minuziosamente la storia dell'anestesia locale fino alla scoperta della cocaina, l'A. si occupa della sensibilità e del dolore per venire poscia ai metodi di anestesia Parla così del potere anestetico esercitato dalla compressione dei nervi e dell'ischemia, nonchè dell'anestesia locale col freddo.

Un capitolo importante, il VII, è quello dedicato alle diverse sostanze anestetiche, con speciale riguardo alla *cocaina*, della quale è svolta magistralmente tutta la biologia e la biochimica, con l'avvelenamento d'origine locale e generale, il trattamento, il dosaggio, ecc. Di questo capitolo fan parte la *tropacocaina*, l'*eucaina*, l'*olocaina*, l'*anesone* e l'*acoina;* tutto il gruppo dell'*ortoformio*, con la *nirvanina*, la *subcutina*, la *propesina*, la *stovaina*, l'*alipina*, la *novocaina*, ecc.

L'influenza dell'*adrenalina* sui tessuti e nei suoi rapporti con l'avvelenamento locale e generale formano parte dell'VIII capitolo.

Dopo questa parte, diremo così, generale e preparatoria, l'A. passa all'applicazione pratica, trattando prima dell'anestesia in superficie (mucose, sierose, sinoviali, ferite), indi della cataforesi elettrica, come mezzo ausiliario dell'anestesia locale, dell'anestesia per infiltrazione, dell'imbibizione peritronculare dei nervi, dell'iniezione nei tronchi stessi. Poche righe dedica invece l'A. alla lombo- e sacral anestesia, nonchè a quella venosa ed arteriosa.

Nel capitolo X sono esposte le indicazioni, la tecnica generale, lo strumentario, la diversa composizione delle soluzioni per l'anestesia locale, nonchè la tecnica per l'anestesia tronculare e peri-tronculare.

Il capitolo XI svolge la parte speciale, quella che interessa direttamente il pratico. Le operazioni sulla testa, sul collo, sul torace, sull'addome (superficiali e cavitarie), sulla vescica, sui genitali, sul retto e sulle estremità sono tutte trattate singolarmente, con precisione ed esattezza scrupolosa. Ma ciò che rende il volume di somma utilità sono le numerose e nitide figure che l'accompagnano. Per ciascuna regione e per ciascun processo operatorio, topograficamente illustrato, vi sono i punti di repere indicati con tale chiarezza, che anche un profano, per così dire, potrebbe essere al caso di eseguire le iniezioni anestetizzanti. Ognun vede di quale pratica importanza è l'ottimo libro del Braun, che dovrebbe far parte della biblioteca di ciascun medico e specialmente di coloro, che per condizioni di residenza, son costretti a dovere, da un momento all'altro improvvisarsi chirurgi. Gli operatori non han bisogno del nostro suggerimento: eglino, meglio d'ogni altro sono al caso di apprezzarne il valore e quanto alla difficoltà della lingua possiamo dire che essa è superata dall'ausilio delle figure, che non richiedono alcun comento.

T. FERRETTI.

Dott. RENÉ LE FORT, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lille. *Les projectiles inclus dans le médiastin.* — 1 vol. grand in 8° avec 75 gravures et radiographies dans le texte. Félix Alcan, éditeur.

L'A. divide il lavoro in tre parti. Dedica la prima parte all'anatomia patologica e, dopo brevi considerazioni sui proiettili, passa a descrivere le lesioni da essi prodotte che divide in: *a*) Lesioni extramediastinali, e *b*) Lesioni mediastinali.

Nelle lesioni extra-mediastinali considera il foro d'entrata, il tragitto del proiettile, le lesioni pleurali e polmonari.

Nelle lesioni mediastinali considera le lesioni provocate dal soggiorno del proiettile nei tessuti. Segue una parte che riguarda la sintomatologia in cui distingue due periodi: *periodo primitivo*, nel quale la ferita toracica domina la scena; *periodo tardivo*, nel quale la ferita toracica è guarita, o passa in seconda linea, mentre che la presenza del corpo estraneo nel mediastino diviene il fenomeno capitale e si manifesta con sintomi di lesioni organiche o turbe funzionali. Indi tratta dello studio radiologico facendo notare che la diagnosi sicura riposa intieramente su questo, che sola fornisce dei dati capitali.

Completa la prima parte del lavoro trattando del decorso e della prognosi.

Nella seconda parte si occupa ampiamente del trattamento dell'estrazione dei corpi estranei del mediastino ed enumera le vie di accesso al mediastino.

Sostiene il bisogno di una breccia larga e la preferenza per la via anteriore che permette di dominare meglio il mediastino.

Si diffonde a descrivere i vari processi operatori ed osserva che la via transpleurale larga anteriore con lembo costale a cerniera esterna è il metodo di scelta per la grande maggioran-

za dei casi. Il lembo ordinariamente comprende tre coste.

Accenna ai risultati ed esiti operatori — su 34 interventi l'A., ha avuto 2 morti e 32 guarigioni — e fornisce alcuni dati sulle indicazioni operatorie.

Nella terza parte riporta il suo materiale di osservazione composto da 37 casi di corpi estranei nel mediastino.

Secondo i risultati della sua esperienza, la chirurgia del mediastino ha bisogno di molto spazio e di molta luce; la via trans-pleurale anteriore o antero-laterale, dà sul mediastino, anche posteriore, un accesso molto più diretto, molto più facile, molto più vasto che la via posteriore o postero-laterale.

I processi di scelta devono rispondere a questa triplice condizione: *a*) aprire una via molto larga, facile ad ingrandire in caso di bisogno; *b*) dare sul mediastino un accesso il più diretto che è possibile; *c*) permettere ad operazione terminata, la riparazione integrale della parete. A questo triplice punto di vista, si adatta il lembo costale migliorato a cerniera esterna che l'A. addita come processo di scelta.

A. GIGLIO.

Le malattie del cuore e dei vasi

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore Capo: C. Pezzi

Riportiamo il programma di questo periodico per l'anno in corso:

La medicina interna offre immenso campo di studio. Esso non può essere coltivato intero da un individuo solo per quanto abbia grande l'attività, abbia vasta la mente; neppure una generazione di medici, un'epoca, solca e approfondisce tutte le parti.

Ogni periodo storico si distingue perchè intensifica lo studio e promuove il progresso di una o più branche.

Alla circolazione del sangue si è volta in questi ultimi anni intensa l'attenzione dei fisiologi e dei medici. E da molti punti il problema del circolo è stato attaccato: nella sua fisiopatologia, nella clinica, nella terapia. Oggi, dopo la guerra, la valutazione della capacità funzionale del cuore entra nel campo sociale, poichè si desidera e si vuole che essa venga commisurata al mestiere che l'individuo assume. Quale medico colto non si appassiona alla cardiologia?

L'Inghilterra, la Germania, la Francia avevano da anni periodici specializzati, quando nacque il nostro nel 1916. Recentemente un Giornale per le Malattie del Cuore s'è fondato anche in Spagna.

Il Giornale per le Malattie del Cuore è indispensabile fra noi perchè raccolga e diffonda tra i nostri medici e all'estero i contributi che i nostri fisiologi, patologi, e clinici danno al progresso delle cardiopatie; perchè inoltre riunisca e spanda fra i nostri studiosi le nozioni nuove e i perfezionamenti tecnici che portano dovunque al rinnovellamento diuturno di questa branca della medicina.

L'Italia non rimarrà seconda a nessuna delle nazioni civili.

I nostri sforzi sono stati finora coronati dal successo, ma siamo certi di riuscire anche meglio per l'avvenire, poichè la pace italiana consentirà maggior lena e serenità al lavoro dei nostri studiosi.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXIX Congresso dell'Associazione Francese di Chirurgia.

Trattamento delle pleuriti purulente (escluse le pleuriti tubercolari).

(*Relatori*: JANSSEN e TUFFIER).

Dopo un riassunto storico dei differenti metodi proposti e dei risultati ottenuti prima della guerra e dopo aver concluso che l'ideale era ben lungi dall'essere raggiunto e che si imponevano delle nuove ricerche tanto nel campo clinico che terapeutico, i relatori fanno l'esposizione dell'attuale stato della questione.

I. PLEURITI PURULENTE ACUTE. — Il loro trattamento razionale è della massima importanza in quanto è il vero trattamento profilattico degli empiemi cronici fistolosi.

L'indicazione operatoria deve essere posta dopo l'esame clinico, radiologico, dopo la puntura esplorativa e l'esame batteriologico.

A) *Quando bisogna intervenire?* — Tale questione pareva risolta nella maniera più semplice: vuotare il versamento non appena posta la diagnosi. Alcuni fatti recenti, sopra a tutti gli insegnamenti della grande epidemia influenzale del 1918, hanno dimostrato che questa concezione deve essere riveduta. Nelle pleuriti post-influenzali, infatti, il versamento si può produrre rapidamente e rapidamente raggiungere un gran volume. Ma esso è ancora siero-fibrinoso e ricchissimo di streptococchi, inoltre l'affezione polmonare è in piena evoluzione, la dispnea e la cianosi sono intense; una toracotomia precoce non è scevra di pericoli, perchè lo pneumotorace così creato va a restringere ancor più un campo di ematosi già tanto limitato. Questo pericolo sarà ancora più grande

giacchè noi sappiamo, dopo le ricerche di Ganè e Quincke (1903), Mayer (1906) e Graham (1920), che lo pneumotorace unilaterale esercita una compressione non soltanto sul polmone omologo, ma anche su quello del lato opposto, per l'estrema mobilità del mediastino.

Tenendo conto di questi fatti, si può concludere che l'intervento precoce deve essere regolato basandosi sullo stato dei polmoni, sulle condizioni generali, sulla data dell'infezione.

Per ciò che concerne le complicazioni pleuro-polmonari dell'influenza, bisogna adottare la formula seguente: aspirazione precoce, operazione tardiva e rinunziare all'intervento rapido che crea uno pneumotorace pericoloso, senza modificare in niente le condizioni dell'infezione generale.

B) *Quale operazione bisogna praticare?* — Se si eccettuano le pleuriti da pneumococchi, sopra a tutto nei bambini, si può dire che la puntura aspiratrice semplice, a malgrado di qualche innegabile successo, era, prima della guerra, pressochè abbandonata da tutti i chirurgi a beneficio della toracotomia seguita da drenaggio. Al drenaggio semplice si tendeva a sostituire l'evacuazione e l'aspirazione sia col metodo del sifone (Delbet), sia col metodo del drenaggio irreversibile di Janssen.

Durante la guerra, Depage e Tuffier, cercarono di migliorare ancora i risultati e aggiunsero alla pleurotomia semplice la disinfezione chimica della cavità pleurica col Dakin e con l'aiuto dei tubi di Carrel posti in tutte le direzioni, armati, al bisogno, di fili metallici per raggiungere i recessi situati in alto. Questa tecnica ha il vantaggio, dopo la sterilizzazione controllata con esami batteriologici in serie, di permettere la chiusura chirurgica precoce della breccia toraco-pleurica. Non ostante i notevoli miglioramenti realizzati con questi nuovi metodi, si vedono ancora numerosi empiemi passare allo stato cronico. Bisogna allora, se non si tratta di infezioni generalizzate, cercare la causa di insuccesso in un ascesso polmonare, in un versamento interlobare, in piccoli ascessi inclusi tra le false membrane, in diverticoli che si drenano male, in necrosi delle cartilagini bronchiali, in fistole suppuranti.

II. PLEURITI PURULENTE CRONICHE. — Bisogna ricordarsi, prima di intervenire, dello spessore considerevole della corteccia pleurica, della sua consistenza lardacea, della resistenza, della inestensibilità, delle sue aderenze e delle sue irregolarità. Bisogna altresì rammentare che esiste a livello dei due strati, viscerale e pleurale, un piano di clivaggio connettivo-adiposo che può facilitare la decorticazione (Policard e Roux-Berger).

La diagnosi di cronicità va basata non solo sul fattore «tempo» ma anche su quello «infezione». In altri termini, quando il volume dell'empiema e il suo grado di infezione restano stazionarî, si può dire che l'affezione è divenuta cronica. Da questo momento non è più il caso di temporeggiare. Importa fare un esame completo della cavità sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

La pleuroscopia diretta, l'uso dello specchio frontale, l'esplorazione microbiologica, l'esplorazione diretta, ecc., permetteranno di sapere esattamente a che attenersi riguardo alla forma, l'estensione, i tramiti, il grado di infezione della cavità da trattarsi.

A) *Indicazioni terapeutiche.* — È necessario prima di tutto ottenere la disinfezione della cavità pleurica coi metodi fisici (sbrigliamento, regolarizzazione, drenaggio nel luogo di elezione, posizione del malato, ecc.) o meglio coi metodi chimici (sterilizzazione col Dakin già descritta). Nel caso di fistole bronchiali, si è talora obbligati a rinunziare all'uso dei liquidi antisettici che provocano tosse e irritazione bronchiale. L'iniezione continua o sub-continua di ossigeno può allora rimpiazzare la disinfezione chimica e dare ugualmente buoni risultati. I focolai polmonari, i diverticoli intramembranosi, l'osteite costale, richiedono l'azione chirurgica diretta.

Con questa disinfezione, che deve essere seguita e controllata dall'esame batteriologico, di regola si vedono diminuire progressivamente e spesso in modo notevole le dimensioni della cavità pleurica malata.

B) *Tecnica operatoria.* — Ottenuta la disinfezione, due metodi si debbono discutere: 1° chiusura della parete (Depage-Tuffier); 2° decorticazione pleuro-polmonare (tecnica di Delorme modificata). Quest'ultimo metodo comprende a sua volta più processi, dei quali i relatori espongono i dettagli: pleurectomia totale, decorticazione polmonare sola, decorticazione parziale segmentaria, semplice liberazione polmonare. Ciascuna di queste tecniche troverà la sua indicazione a seconda dello stato della pleura e a seconda della maggiore o minore facilità che presenterà la manovra di decorticazione, la quale dovrà sempre essere molto prudente.

Recentemente, Finney ha modificato ancora il metodo per i casi nei quali la decorticazione presenta difficoltà insormontabili. La sua tecnica consiste nel liberare la pleura parietale che andrà ad accollarsi al viscerale, mentre fra essa e la parete si stabilirà uno pneumotorace extrapleurico di cui la guarigione è in genere assai rapida e seguita dal ritorno *in situ* della pleura costale che trascina seco la viscerale e il polmone.

Le fistole bronco-pleuriche meritano un'attenzione particolare perchè possono essere causa di suppurazioni interminabili e sono allora assai difficili a trattare.

Nei casi ribelli bisogna rivolgersi direttamente alla mucosa bronchiale, praticare una resezione cuneiforme e giungere persino, in certi casi, a una lobectomia parziale. Fortunatamente talvolta le fistole bronchiali possono obliterarsi spontaneamente dopo la chiusura della grande cavità (Depage-Tuffier).

In tutti i casi la cura post-operatoria (ginnastica respiratoria, spirometria, ecc.) deve essere energicamente posta in opera per assicurare la guarigione definitiva.

C) *Risultati.* — Le statistiche riportate dai relatori sembrano mostrare in modo netto la supe-

riorità di questo metodo combinato (disinfezione seguita da decorticazione) sopra le antiche toracoplastiche che, per una guarigione aleatoria, lasciano una cavità toracica anatomicamente e fisiologicamente ridotta.

Nelle loro conclusioni, Janssen e Tuffier si pronunziano categoricamente in favore di questi processi, che considerano come il metodo di elezione nel trattamento degli empiemi cronici.

Discussione.

DELORME. — Insiste sulla necessità di adoperare il suo metodo al momento opportuno e dice che molti insuccessi sono imputabili ad un intervento tardivo o basato su cattive indicazioni (ad es.: pleuriti tbc.).

Dal punto di vista tecnico, è necessario sempre far largo, veder chiaro e curare in particolar modo le zone superiori di difficile accesso. Consiglia di attaccare la pleura lobo per lobo, incidendo col bisturi e seguitando col dito munito di un tampone, senza insistere mai troppo sopra i punti molto resistenti. La disinfezione chimica è un complemento utile ma non indispensabile per una buona guarigione.

WILLEMS (*Liegi*). — Dagli insegnamenti di guerra risulta che la cura preventiva degli empiemi consiste nell'evitare l'infezione dei versamenti e delle ferite. L'emotorace semplice deve essere punto anche ripetutamente: i proiettili debbono essere estratti. Formatosi l'empiema bisogna svuotarlo precocemente. Le riserve fatte per gli empiemi post-influenzali non debbono esagerarsi.

Nelle pleuriti fistolizzate può ritenersi come indice di cronicità definitiva la constatazione di un principio di deformazione toracica. Quanto ai metodi di intervento bisogna saper valutare le indicazioni. La decorticazione di Delorme va riservata ai casi buoni; nei casi cattivi (soggetti cachettici, cuori fiacchi) le toracectomie praticate in più tempi riprendono i loro diritti.

J. BOECKEL (*Strasburgo*). — Aggiunge che le toracectomie non debbono essere parsimoniose. Bisogna però procedere a tappe, resecare da 50 a 60 cm. di costole in una seduta, ricominciare dopo 3 settimane, ecc. Se la toracectomia non basta bisogna aggiungervi lo sbrigliamento della pleura viscerale, più o meno estesa. È di prezioso aiuto il metodo Carrel-Dakin.

Nei casi ribelli è necessario agire sugli archi costali posteriori. L'oratore descrive la sua tecnica nella quale, grazie alla resezione del gran dentato e del romboide, si può facilmente mobilizzare la scapola e giungere con la resezione fino alla 2ª costola.

MARC-RUSSIEL (*Bruxelles*). — Espone il metodo che egli adopera per praticare tutti gli interventi toracici (dalla pleurotomia alle più ampie resezioni) sotto l'anestesia locale o regionale.

Ricorda che, secondo i dati anatomici, è necessario infiltrare per lo meno tre nervi dorsali per anestetizzare un segmento intercostale. Nei larghi interventi all'anestesia paravertebrale bisogna aggiungere quella dei nervi intercostali. Nelle regioni alte si deve agire sul plesso cervicale; nella regione dei pettorali è necessario anestetizzare anche il plesso brachiale.

VITRAC (*Pau*). — Dice che praticamente le cose vanno in modo diverso a seconda che si tratta di cavità piccole (come un pugno), medie (meno della metà della pleura), o grandi (più della metà della pleura o addirittura totali).

I casi delle prime due categorie sono facili a guarire (salvo quando si tratti di focolai posteriori o molto alti) con i processi economici (chiusura dopo sterilizzazione, pleurectomia senza toracectomia); ma l'autore preferisce i metodi ampî come per le grandi cavità.

Nei casi della terza categoria sono necessarie ampie toracectomie di accesso (resezione di 4-8 e anche 10 costole seguendo la fistola): questo è il primo tempo dell'operazione.

Nel secondo tempo si praticano le manovre sulla pleura o sul polmone, vale a dire pleurectomie, decorticazione, liberazione delle aderenze.

Il terzo tempo, infine, importa toracectomie estese in proporzione della cavità da colmare. Se il polmone è definitivamente atrofico o non liberabile bisogna ricorrere alle operazioni più ampie.

L'O. riporta un caso nel quale fu obbligato, dopo la quasi completa ablazione delle 10 costole inferiori e di una parte della clavicola, a disinserire il gran pettorale per colmare la breccia.

Il malato guarì. La statistica che riporta dà il 5 % di mortalità.

GUILLOT e DEHELLY (*Havre*). — Dànno indicazioni speciali sul modo di applicare il metodo Carrel-Dakin. I tubi di Carrel debbono essere armati di fili metallici per renderli semi-rigidi. La quantità di soluzione Dakin da iniettare e il numero delle iniezioni debbono essere proporzionati alla quantità della secrezione e all'intensità dell'infezione. Anche nelle pleuriti antiche la sterilizzazione chimica riesce utile poichè in alcuni casi può portare alla chiusura spontanea della cavità, in altri permette di intervenire poi sicuramente per un'operazione di plastica o per la decorticazione. Si è rimproverato al metodo Carrel-Dakin di provocare emorragie pleuriche, ma è un errore; è sempre un'intercostale che sanguina ulcerata da un tubo.

Nel caso di una pleurotomia, è preferibile allacciare sistematicamente l'intercostale ai due estremi della incisione.

GAUTHIER. — Nelle forme acute esclusivamente pneumococciche si contenta di resecare una costola e di incidere la pleura per 8 cm. In tutti gli altri casi reseca sistematicamente cinque costole per circa 5 cm., poi tampona tutta la cavità con compresse delle quali alcune (1 su 4) imbevute di etere iodoformico. Al 4º giorno il tampone è ritirato sotto anestesia generale e la breccia toracica suturata sopra un grosso drenaggio posto nel cul di sacco posteriore e messo in comunicazione con una pompa ad acqua.

Nelle forme croniche la decorticazione del polmone combinata al disossamento della parete gli ha procurato qualche successo.

FOURMESTRAUX. — Distingue, per la prognosi, le pleuriti purulente di ordine medico e quelle secondarie a ferite di guerra. Il pronostico delle pleuriti streptococciche è assai più grave che quello di un ematoma pleurico infetto secondario a una ferita toracica. Riguardo alla tecnica operatoria qualche dettaglio deve essere ben precisato. Non anestesia generale, ma novocaina all'1 per 200 dopo un'iniezione di scopolamina-morfina. Nelle pleuriti purulente mediche intervento in posizione assisa: nelle ferite di guerra, decubito laterale per poter bene esplorare la cavità pleurica.

Drenaggio alla Carrel; Fourmestraux riunzia alla soluzione di Dakin, che ha presentato talvolta l'inconveniente di provocare accessi di tosse violenta nei casi di fistola bronchiale e adopera una soluzione di citrato di soda sterilizzata al 5 ‰.

PÉRAIRE. — Indica un dettaglio di tecnica che gli permette di ottenere un orifizio che non tende a obliterarsi e che lascia liberamente uscire il liquido e le false membrane, favorendo al tempo stesso l'emostasi immediata. Egli sutura la pleura ai tegumenti.

Ritiene più pericolosi che utili i lavaggi pleurici, insiste sull'utilità della ginnastica respiratoria metodica iniziata di buon'ora, e sulla precoce levata degli operati.

HERMAN. — Nelle forme pneumococciche dei bambini pratica con buoni risultati punture ripetute. È però il più delle volte preferibile praticare un largo drenaggio, senza associarvi lavaggi pleurici. Nella 2ª settimana si comincia ad accorciare un drenaggio e in 5-6 settimane si ottiene la guarigione.

Nelle forme strepto o stafilococciche l'operazione deve essere precoce, il temporeggiare è imprudente.

STEINMANN. — È partigiano dell'antisepsi gassosa: egli adopera l'ossigeno, che fa gorgogliare in un flacone contenente un antisettico qualunque, iodio, formalina, mentolo, o, di preferenza, cloroformio, dal quale ha ottenuto ottimi risultati.

GIRON. — È favorevole alla chiusura rapida dopo pleurotomia. Per ottenerla disinfetta, l'indomani dell'intervento, la cavità con iniezioni quotidiane di 5-6 cmc. del seguente liquido:

Essenza di terebentina . .	2 gr.
Guaiacolo	2 gr.
Eucaliptolo	1 gr.
Etere	95 gr.

Inoltre, ogni 3-4 giorni, inietta per via sottocutanea un vaccino appropriato all'agente causale del versamento.

Quando il controllo batteriologico lo permette (assenza assoluta di streptococchi, rari pneumococchi o stafilococchi) chiude la parete in tre piani, dopo cruentazione, e continua la vaccinoterapia per una dozzina di giorni. Egli ha così ottenuto risultati eccellenti sia dal punto di vista locale che generale.

RENAUD (*Parigi*). — Sostiene che nelle affezioni pleuro-polmonari gravi con suppurazione pleurica, la pleurotomia sistematica, larga e precoce, è una operazione brutale, la quale inevitabilmente determina collasso e adinamia e priva l'organismo dei suoi mezzi di difesa quando maggiore ne è il bisogno. Nella fase acuta, le lesioni infiammatorie del polmone, l'edema, l'affaticamento cardiaco hanno l'importanza maggiore. L'incidente pleurico si regolerà da sè stesso: il pus si evacuerà, non importa per quale via, magari per una fistola bronco-polmonare. Tale concezione induce a temporeggiare spesso con risultati soddisfacenti.

Molti degli ammalati osservati dall'oratore sono guariti con interventi minimi; alcuni spontaneamente dopo una vomica, gli altri furono trattati con punture ripetute, o con punture e drenaggio permanente con tubo-sifone.

Concludendo, Renaud ammette che bisogna, nel periodo acuto, istituire una cura puramente medica e che si è autorizzati a intervenire solo quando l'attenuazione dello stato tossi-infettivo e il miglioramento dei disturbi funzionali indicheranno che la partita è guadagnata *quoad vitam*.

MAUCLAIRE. — Segnala come causa frequente di suppurazioni persistenti piccole fistole dei bronchiodi. Il loro trattamento è difficile: l'oratore ha in due casi praticato l'obliterazione con innesti di fascia lata. Segnala anche l'esistenza di ascessi parietali tardivi che si possono mostrare anche 10 anni dopo l'intervento per focolai latenti di osteite costale.

SCELBA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi e trattamento dell' ostruzione duodenale cronica.

Il calibro del duodeno è ben lungi dall'essere uniforme, come si ritiene generalmente: esso si restringe all'unione della prima con la seconda porzione, talvolta anche fra la seconda e la terza, dove forma spesso un gomito; nella porzione trasversa si trova di solito un solco all'incrocio dell'arteria mesenterica superiore e posteriormente in corrispondenza dell'aorta e della colonna vertebrale: vi è poi generalmente un gomito duodeno-digiunale. Tutto ciò dimostra che lo svuotamento del duodeno può incontrare qualche difficoltà.

L'ostruzione si osserva fra la prima e la seconda porzione (sia per dilatazione della prima, sia per aderenze, sia per ptosi del solo stomaco) oppure nelle due prime porzioni (per aderenze che partono dalla cistifellea o dall'angolo sottoepatico) sia su tutto il duodeno (associazione del prolasso del cieco dilatato, con mesentere breve).

Talvolta l'ostruzione duodenale passa inosservata, il più spesso provoca sintomi tossici e meccanici. Fra i primi sono la cefalea, depressione mentale, debolezza generale, riflessi cardiaci (tachi- o bradicardia, irregolarità del ritmo), eruzioni cutanee.

I sintomi meccanici, nell'ostruzione della prima parte, sono quelli della stenosi pilorica parziale; se sono interessate le due prime porzioni, si hanno crisi biliari; i fenomeni variano secondo che il piloro è rilasciato o resistente; nel primo caso si ha rigurgito e vomito di bile anche senza dolori. Nel secondo invece il sintomo più notevole è il dolore, massimo in due punti: 1° a sinistra della linea mediana, un poco sopra l'ombelico, all'angolo duodeno-digiunale, spesso si ha sollievo con la pressione profonda; 2° a destra, sopra l'ombelico, con estensione verso il fegato ed il dorso; talora è acuto, a tipo di colica epatica (peristaltismo); tal'altra invece sordo (distensione). Il dolore dura fino al vomito di bile.

Si può spesso riconoscere la dilatazione del duodeno per una zona di timpanismo dietro il muscolo retto di destra, fra l'ottusità del fegato e la zona sonora del colon. Qualche volta, con una pressione, continuata per mezzo minuto, in alto ed in addietro, proprio sotto l'ombelico, il duodeno si svuota con un gorgoglio sonoro e la zona di timpanismo scompare.

La maggior parte dei casi guarisce o migliora con la cura medica dell'enteroptosi; sostegno addominale, riposo dopo i pasti, elevazione dei piedi del letto, decubito laterale sinistro, posizione genupettorale, clisteri, lavatura duodenale, olio di vaselina, riposo, iperalimentazione, massaggio addominale.

Il trattamento chirurgico, quando sono dilatate la prima e la seconda porzione consiste nella sezione delle aderenze e nella correzione della gastroptosi. (F. Gardner: *Gazette des Hôpitaux*, anno 93°, n. 18).

Se la dilatazione è totale, si possono avere buoni risultati dalla colon- o gastropessi; la gastro-enterostomia è insufficiente; l'operazione di scelta è però la duodeno-digiunostomia.

Per quanto riguarda la dilatazione acuta postoperatoria, si può ritenere che essa sia generalmente preceduta da ostruzione cronica; sarà opportuno portare sempre l'attenzione sul duodeno in ogni operazione sulla parte superiore del tubo digerente e considerarlo come dilatato nei casi in cui lo si vede risaltare attraverso il foglietto inferiore del mesocolon quando il colon trasverso è stirato in alto.

fil.

L'ulcera duodenale nel saturnismo.

La possibilità che si possa verificare un'ulcera duodenale in conseguenza di avvelenamento da piombo deve essere tenuta presente per il fatto che il piombo viene in gran parte eliminato per il duodeno.

R. Cassanello (*Il Lavoro*, 31 ottobre 1920) ha avuto occasione di osservare tre casi di ulcera e stenosi duodenale in individui che maneggiavano il piombo, due verniciatori ed un tipografo. In essi si sono avute precocemente le coliche intestinali, insieme con la cachessia, seguita a breve distanza dall'ostinata stitichezza, caratteristica del saturnismo cronico. In seguito sono succedute in un caso le ematemesi, il melena, con dolori violenti a sede epigastrica, vomito dopo i pasti; ai fenomeni del periodo ulcerativo sono succeduti quelli della stenosi duodenale, con vomito continuo di sostanze ingerite, specie se solide, forte gastrectasia, dimagramento.

In un secondo caso, si è notata dapprima forte acidità allo stomaco, eruttazioni continue, dolori all'epigastrio e da ultimo vomito con ematemesi e melena. In un terzo individuo, che ebbe a risentire per un tempo minore l'azione del piombo, si manifestò pure la sindrome emorragica dell'ulcera duodenale consecutiva alle coliche. La diagnosi di ulcera venne confermata con la biopsia chirurgica.

L'azione elettiva del piombo sul duodeno si spiegherebbe con la produzione di zone ischemiche dovute allo spasmo arterioso, che si ha

negli intossicati da piombo. L'azione specifica del piombo consiste poi in una vera necrosi degli elementi cellulari, di indole puramente tossica, analoga a quella che si ha nelle ulceri duodenali da intossicazione uremica e da scottature. L'A. ritiene che nei suoi casi vi sia stato, all'inizio, un eccesso di acido cloridrico, che può avere aggiunta la sua azione a quella del piombo.

Come terapia, oltre quella medica (joduri e ricostituenti) l'A. consiglia quella chirurgica, consistente nella gastroenteroanestomosi meglio se accompagnata dalla esclusione del duodeno.

Altri casi di ulcera duodenale da piombo sono citati nella letteratura. *fil.*

Diarrea dissenteriforme e dissenteria.

Possiamo distinguere (Gasparrini, *Il Giornale del Medico pratico*, n. 9, 1920):

1° DIARRAA SEMPLICE (cosiddetta di trincea). — Inizio improvviso o graduale, associata o no a dolori addominali: le scariche liquide, dapprima giallastre, vanno a poco a poco aumentando e diventano verdastre, non contengono sangue nè muco. Per lo più non vi è febbre nè particolari disturbi dello stato generale. Guarigione in pochi giorni col riposo e la dieta lattea.

Secondo molti è legata al vitto carneo, all'acqua cattiva, ai disagi. Remlinger e Dumas hanno descritto come capace di determinare la forma diarroica un bacillo proveniente dal fango delle trincee.

2° DIARREA MUCOSA. — Con sindrome più seria della precedente dà luogo a feci costituite da muco verdastro e talora porta ad un vero stato cachettico.

Il più delle volte è dovuta ad un semplice processo catarrale della mucosa del crasso, sotto l'influenza dei comuni batteri saprofiti.

3° DIARREA COLERIFORME. — Si verifica sovratutto nell'estate ed è caratterizzata da numerose scariche di materiali abbondanti acquosi. Inizio per lo più acuto con vomito, astenia notevole, tendenza al collasso, afonia, crampi alle sure, evoluzione rapida spesso letale.

Etiologia varia: ora spirilli simili morfologicamente al colerico, ora il b. paratifico, ora lo streptococco.

4° DIARREA DISSENTERICA. — In essa gli studi recenti ci fanno distinguere:

a) Dissenteria amebica: osservazioni delle ultime epidemie mostrano che la dissenteria da protozoi è più frequente di quanto si crede: a differenza della bacillare suole accompagnarsi ad ascesso epatico.

La diagnosi è basata solo sulla ricerca delle amebe nelle feci appena emesse: occorre attenzione per non confondere la patogena *entamoeba tetragena* con l'innocua *entamoeba coli*.

b) Dissenteria bacillare specifica: è la forma più interessante dal punto di vista della diffusione: Remlinger e Dumas dichiarano che fra le truppe nelle Argonne nel 16 % dei casi di infezioni intestinali l'agente specifico era rappresentato dal b. dissenterico.

Il processo era per lo più mortale od aveva tendenza a farsi cronico: anatomo-patologicamente si riscontrarono lesioni tipiche della colite ulcerosa dissenterica.

Per lo più agente causale era il b. di Flexner, raro il b. di Shiga-Kruse; le due forme amebica e bacillare possono coesistere. Per dichiarare un germe isolato dalle feci specifico per la dissenteria si ricorrerà all'insieme dei caratteri culturali, della tossicità e dell'agglutinabilità specifica, sono noti i criteri che valgono a differenziare il b. tipo Shiga-Kruse dal Flexner, dallo Strong, dall'Y. Hiss, dal Morgan, ecc.

c) Dissenteria da b. del tifo o tifosimili: sono localizzazioni del grosso intestino, sebbene rare, del bacillo del tifo o paratifo.

d) Dissenteria da infezioni associate: la forma amebica può associarsi oltre che con la bacillare anche con l'infezione tifoide, paratifoide, colerica, malarica, melitense, stafilo- e streptococcica.

e) Dissenteria batteriologicamente indeterminata.

f) Dissenteria chimica: molte diarree dissenteriformi sono in rapporto con l'ingestione di determinate sostanze (acido borico, tartarico, nitro, ecc.) di solito adoperate per conservare gli alimenti, o per i prodotti di decomposizione alimentare (conserve guaste, ad es.). È probabile però che anche qui le infezioni giuochino la loro parte.

M.

La diagnosi del carcinoma del retto.

Il carcinoma del retto può venire confuso con altre condizioni benigne, infiammatorie o traumatiche; l'epitelioma anale, p. e., può essere preso per condiloma, ragade, tubercolosi, actinomicosi, emorroidi ulcerate.

Si può sospettare un tumore maligno in un adulto che abbia diarrea sanguinolenta non dovuta a batteri o ad altri parassiti. Si ricorre allora all'esame locale: sarà sufficiente quello digitale, se il tumore è in basso (non oltre 10 cm.); fino a 25 cm. può servire il proctoscopio; per quelli più in alto ci si servirà dell'esame bimanuale.

I tumori benigni sono di solito molli, peduncolati, mobili e non invadono i tessuti vicini. I tumori maligni, invece sono più o meno duri, diffusi, con larga base d'infiltrazione.

C. J. Drueck (*Medical Record*, 21 agosto 1920) divide i carcinomi come segue:

1° *Scirroso*: induramento rigido, unilaterale, che si inizia insidiosamente e provoca in seguito dolori colici gastro-intestinali, od acuti dolori locali; l'intensa peristalsi può provocare invaginazione.

Ha una certa somiglianza con la stenosi fibrosa, che però è consecutiva a trauma, ulcera, o suppurazione e che si trova di solito nel retto, mentre lo scirro predilige il sigma.

2° *Midollare*: è caratteristico il tenesmo, con passaggio di gas, di muco, di sangue; vi è sempre la sensazione di defecazione incompleta. Al mattino si ha diarrea di muco-pus e sangue, nel resto del giorno solo muco e gas e tenesmo. Col proctoscopio si nota una massa rosso-fragola, che si proietta da un lato, con una pallida areola di membrana mucosa.

3° *Encefaloide*: interviene assai precocemente l'ulcerazione crateriforme nelle parti più dense e si estende poi ai tessuti circostanti. Quando il tumore è al sigma o nel colon, la diarrea può rendere malagevole l'esame proctoscopico. Sul principio può essere confuso con l'adenoma benigno ed il papilloma, che però sono di solito peduncolati e, comunque, non sono mai indurati. Fra le affezioni con cui deve farsi la diagnosi differenziale, si possono menzionare le seguenti:

a) *Stenosi congenita*: si osserva nei bambini, specialmente quando si inizia la dieta solida.

b) *Lesioni sifilitiche*: simulano spesso il cancro encefaloide. Le ulceri sono rare; le placche mucose tendono ad estendersi in senso longitudinale e danno una secrezione di odore particolare. Le gomme possono assumere il volume di un arancio; all'inizio la membrana mucosa è libera al di sopra del tumore che è rotondo ed elastico. Nella proctite proliferante si osservano dei villi, un'abbondante secrezione di muco-pus, ed una massa di tumore, non delimitata. Facile a confondersi col cancro è la stenosi sifilitica, in cui però l'infiltrazione è più diffusa, non dura nè nodulare.

c) *Colite acuta e cronica*; si osserva la mucosa infiammata, coperta di sangue e mucopus.

d) *Tubercolosi*. È accompagnata da altre manifestazioni specifiche: dà un tumore piccolo e raramente provoca ostruzione.

e) *Actinomicosi*. Il più delle volte l'actinomicosi è limitata all'appendice.

Altre condizioni meno comuni possono simulare il carcinoma rettale, come ipernefroma di un rene prolassato, diverticolite, ecc.

L'A., come conclusione, raccomanda di esaminare sempre dal punto di vista proctoscopica ogni malato che si presenti con anamnesi di emorragie locali, senza annettere troppa importanza ai racconti di emorroidi, indigestione, costipazione, ecc.

fil.

A quali dosi si deve somministrare il bismuto?

Nella cura dell'ulcera gastrica, della dispepsia, della gastrite, vengono generalmente consigliate dosi altre (20-30 gr.) di bismuto carbonato o sottonitrato, da prendersi al mattino a digiuno, nella speranza di ottenere un rivestimento continuo della mucosa gastrica.

G. Leven ritiene illusoria questa credenza, poichè quando lo stomaco è vuoto, il bismuto abbandona lo stomaco in pochi minuti; consiglia invece piccole dosi frazionate (50 cg. tre volte al giorno) con le quali si assicurerebbe la continuità d'azione sulla mucosa gastrica.

Sabatier invece (*Journ. des Praticiens*, 16 ottobre 1920) ritiene che non si debba rinunciare alle dosi elevate, poichè il bismuto, per la sua stessa costituzione fisica, regolarizzerebbe la deglutizione, cioè la funzione delle prime vie digestive.

La pappa di bismuto, sempdice o preparata come per l'esame radioscopico, presa a digiuno, lentamente, ritmicamente, sarebbe il mezzo migliore per vincere l'elemento spasmodico delle prime vie digerenti e determinare contrazioni esofagee ritmiche, fisiologiche. È opportuno quindi conservare entrambi i metodi di somministrazione: ad alte dosi quando si debba reagire contro cattive abitudini di deglutizione rapida e disordinata, a piccole dosi ripetute quando si intenda curare l'iperacidità gastrica.

r. s.

Cura dell' imbarazzo gastrico acuto.

La sintomatologia di questa forma non ha nulla di particolare: nel trattamento però è più importante accennare a quanto non si deve fare, piuttosto che a quello che si deve fare. Di solito, di fatto, si insiste sulla purga, sugli antisettici e sugli antitermici (L. Pron, *Journal des Praticiens*, 1920, pag. 550); la purga dovrebbe aver l'effetto di pulire la lingua e sbarazzare il tubo gastroenterico, ciò che non si verifica sempre. Talvolta anzi lo stato saburrale della lingua aumenta per il fatto che la purga era troppo forte ed il tubo digerente è rimasto irritato. Nel tempo stesso aumentano la debolezza generale, la cefalea, la febbre, in seguito a riassorbimento di tossine e di microbi.

I così detti antisettici (betol, naftol, benzonaftol, ecc.) a dosi piccole non hanno alcuna

azione, a dosi forti, le uniche attive, irritano violentemente la mucosa gastrica.

L'uso degli antitermici non è affatto giustificato poichè la febbre rappresenta il più delle volte un fenomeno di difesa dell'organismo.

Il trattamento dell'imbarazzo gastrico si riassume in poche regole igieniche: Riposo (in letto od in camera), alimentazione (di brodo di legumi, meglio che di latte), compresse calde sullo stomaco, se vi sono dolori o diarrea. Un leggero lassativo se vi è costipazione (uno o due cucchiaini di una mescolanza di solfato di magnesio e di sodio a parti uguali).

In casi eccezionali, se la temperatura oltrepassa i 39°, bagni caldi, od anche dosi deboli di piramidone (g. 0.10, 3-4 volte al giorno, in pozione); nei bambini si potrà dare in forma di suppositorio.

Se le fermentazioni intestinali sono assai notevoli (diarrea fetida, gas abbondanti e nauseabondi) si darà il collargolo in pozione o pillole (10-15 cg. al giorno in tre volte) oppure il fosfato di trinaftile (compresse di 5 cg. un'ora prima dei pasti, due o tre volte al giorno). Questo medicamento è sempre ben tollerato.

fil.

Nella ragade anale.

In tale dolorosa e molesta affezione la guarigione può esser ottenuta assai rapidamente medicalmente nella maniera seguente.

Occorre cominciare con una terapia preparatoria: regolarizzare il ventre con lassativi e dieta prevalentemente vegetale, semicupi tiepidi con acqua di semola o simili per due volte al giorno. Dopo alcuni giorni iniziare la terapia attiva introducendo nell'ano alla sera una supposta di iodoformio, cocaina, belladonna (Iodoformio gr. uno, cocaina ctg. tre, belladonna estratto ctg. uno, burro cacao g. 6 per una supposta e di tali n. 10).

Il mattino toccare l'ulcerazione con uno stecchino inzuppato di tintura di iodio.

Se tale metodo fallisce non resta che persuadere per l'operazione.

(Dal *Giornale del Medico pratico* n. 9, 1920).

M.

Contro gli ossiuri.

Loeper consiglia il carbonato di bismuto, da somministrare alla dose di 20 gr. nell'adulto, di 4 gr. fino a 7 anni e di 2-3 gr. nei bambini più piccoli. È consigliabile, p. es., questa formola:

Carbonato di bismuto gr. 2-4. Sciroppo di fiori d'arancio o di menta gr. 30. Giulebbe gommoso gr. 6 per 90 cmc. Tale rimedio è affatto innocuo. (*Journ. d. sciences médicales de Lille*, 10 ottobre 1920).

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Osservazioni istopatologiche sulla roseola del tifo esantematico.

In occasione dell'epidemia di tifo esantematico avutosi di recente in Roma, Bompiani G. ha studiato le alterazioni istologiche delle roseole e ne rende noti i risultati. (*Archivio per le Scienze mediche*, vol. XLIII, n. 8, 1920).

Il materiale è stato prelevato da 10 malati in vario periodo della malattia in vita o subito dopo la morte: i metodi usati per l'esame furono quelli all'ematossilina-eosina di Van Gieson-Weigert, l'Unna-Pappenheinn col verde di metile pironinna, il bleu policromo di Unna, il metodo di Mallory per il connettivo.

Le ricerche hanno confermato il caratteristico reperto di Fraenkel, vale a dire un'alterazione dei piccoli vasi cutanei consistente in rigonfiamenti o noduli, ed alterazioni vasali diverse, rigonfiamenti nodulari corrispondenti ad una infiltrazione della parete vasale con cellule tutte mononucleate.

Oltre ai tipici noduli nel periodo florido della malattia possono riscontrarsi ampi focolai di infiltrazione diffusa che l'A. morfologicamente dice da distinguere dalle alterazioni nodulari precedenti, essendo privi di confini netti, occupando una estensione molto più ampia e non essendo sempre manifesto un rapporto loro con i vasi; in essi il polimorfismo cellulare ragl giunge il massimo sviluppo.

Nei preparati in esame l'A. riscontrò anche noduli piccoli a tipo linfoide ed altri noduli cicatriziali, fibrosi forse rappresentanti un esito in guarigione dei noduli di Fraenkel. Il Bompiani, infine, richiama l'attenzione su di uno speciale comportamento del tessuto connettivo e del tessuto elastico in corrispondenza dei focolai di infiltrazione nodulare, nonchè su particolari alterazioni del reticolo elastico sottoepidermico nella roseola del tifo esantematico.

Gli esami batterioscopici contemporaneamente praticati nelle sezioni di cute per ricercare eventuali parassiti diedero tutti esito negativo (metodi di Gram, Giemsa, Levaditi); identici risultati si ebbero in inoculazioni sulla cornea di conigli del succo ottenuto per scarificazione delle roseole.

M.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1257) *Sterilizzazione delle sonde uretrali.* — Al dott. S. A. da G. — Quando si abbia a disposizione un autoclave, si può fare la sterilizzazione a 1/2 atmosfera (112°) avendo cura di spalmarle prima con glicerina o di tenerle immerse in una soluzione di cloruro di sodio. Altrimenti si ricorra ai vapori di formaldeide, tenendole in un lungo tubo tappato che porta in fondo una spugnetta imbevuta di formalina; oppure anche al vapor acqueo, disponendole in una bacinella coperta al di sopra — ma non in contatto — con l'acqua che si porta ad ebollizione, mantenendovela per qualche minuto.

fll.

(1258) Al Dott. M. P. di Jolanda di Savoia. — Pubblicazioni sul morbo di Pott. — Può consultare i trattati di ortopedia e di chirurgia, specialmente infantile, tra cui p. e. Broca: *Chirurgie infantile*, Steinheil ed. Parigi, Le Gendre e Broca: *Thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, Steinheil ed. Parigi. Inoltre: Calvi, *Il trattamento del morbo di Pott*, Presse médicale, 1920, 7 gennaio; Doche, *La cura eliomarina nel m. di Pott.* Ibidem, 14 gennaio.

fll.

(1259) All'abbonato n. 5819:

Nella 2ª edizione dell'*Anatomia clinica dei centri nervosi* del prof. Mingazzini (Torino, Unione Tipog.-Editrice), leggerà quanto Le interessa sulle sindromi da lesione della cauda equina: quanto cioè Ella possa desiderare di più recente e di più chiaro in proposito.

P. C.

(1260) Al Dott. G. C. di S. T. da R. (Messina). — *Ricettari*: A. Rubino. *Formulario terapeutico*. F. Vallardi ed. Milano. Goggia: *Formulario ragionato di clinica medica e terapeutica*. Idelson, Napoli. Roger Hyvert: *Vade-mecum de poche du praticien.* A. Maloine, Parigi. G. Bouchardat e F. Rathery: *Formulaire magistral*. F. Alcani, Parigi.

z. s.

(1261) All'abb. n. 8402:

Sul medico scolastico può riscontrare:

Dott. M. Ragazzi: *L'igiene della scuola e dello scolaro* (con ricca bibliografia). — Hoepli, Milano.

Per la Scuola Nuova. — Federazione italiana delle Biblioteche popolari, Milano.

A. R.

(1262) All'abb. n. 8181:

Il trattato del Moglie è esaurito. Può prendere il Nogier: *Electrothérapie*, edito dal Baillière.

VARIA

Importazione di mariti.

P. Carnot in *Paris Médical* si preoccupa del ripopolamento della Francia e dei due milioni di donne francesi attualmente costrette alla castità ufficiale.

Un progetto di società matriarcale da lui già avanzato non deve aver avuto quel successo che può talvolta arridere alle idee nuove, perchè l'egregio collega ne ha subito studiata un'altra: quella di importare i mariti. L'idea, cablografata in America ha provocato sull'imprudente collega una pioggia di offerte con richieste molto specificate e imbarazzanti.

Carnot, visto che il suo laboratorio della Facoltà non si presta ad essere trasformato in una agenzia matrimoniale, propone di costituire un comitato di signore che si specializzi in questo ramo di importazione, previa opportuna scelta e selezione.

Tra le regioni nelle quali l'idea dovrebbe essere propagandata l'A. segnala il Canadà dove abbondano maschi robusti, coraggiosi e quel che più importa prolifici.

Appunto verso il Canadà or è qualche anno per la grande mancanza di donne si era iniziata una esportazione di ragazze da marito, se non erriamo in Inghilterra.

Carnot sembra persuaso della opportunità di iniziare questa importazione di maschi fecondanti: egli pensa che la influenza della donna predominerà nella educazione dei figli che nati in Francia da madre francese resteranno francesi.

Carnot accenna incidentalmente come non si possa pensare ad esportare la donna francese: all'estero essa non riesce bene, si annoia e divorzia. (*Pathologica*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Marconi V. *La reazione sudorifera locale provocata dall'elioterapia nelle lesioni tubercolari chirurgiche.* — Bologna, 1920.

Passini Roberto. *Tubercolosi e glandole a secrezione interna.* — Milano, 1920.

Belli C. M. *I risultati sanitari della guerra mondiale dedotti dalle statistiche di mortalità della marina italiana.* — Roma, 1920.

Musumeci Grasso F. *La blenorragia dal punto di vista individuale e sociale.* — Roma, 1920.

Ovazza V. E. *Sull'abuso del termine «malaria recidiva».* — Napoli, 1920.

Lorenzini Aldo. *Tumore mediastinico in bambina di sei anni.* — Firenze, 1920.

Croce Rossa Italiana. Comitato Regionale di Palermo. *Servizio antimalarico in Sicilia. Anno 1917, 1918 e 1919. Relazione sanitaria amministrativa.* — Palermo, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici ospedalieri.

Il movimento dei medici ospedalieri va delineandosi ampio e sicuro. Gli inizî sono promettenti. E se i buoni propositi saranno suffragati da quella costanza e perseveranza, che sono indispensabili per la vitalità e la saldezza delle organizzazioni, i medici ospedalieri riesciranno senza dubbio a conquistare posizioni analoghe a quelle che già tengono saldamente i medici condotti.

Ma perchè la lotta possa essere ingaggiata con probabilità di successo è necessario che gli ospedalieri definiscano con precisione le loro aspirazioni, gli scopi cui tendono. Un processo di chiarificazione al riguardo è tanto più necessario in quanto che i desideri e gli interessi dei sanitarî ospedalieri di varia gerarchia non sono sempre concordanti, come discordanti o contrarî sono talvolta gli interessi dei colleghi che occupano posti negli ospedali e dei colleghi che ne son fuori perchè non ci sono mai entrati o ne sono usciti per termine del periodo di servizio.

Ma il punto risolutivo di tutte le questioni, che per tal fatto sono tutte secondarie, è quello di definire se l'opera del medico deve essere pecuniariamente compensata in ragione delle prestazioni che egli dà, come se l'ospedale fosse un qualsiasi cliente, o se invece nel compenso del medico deve essere commisurato il beneficio che egli ricava dalla pratica ospedaliera perfezionando la propria cultura e la propria tecnica professionale, ed il vantaggio, per quelli che occupano posti eminenti, derivante dalla notorietà e dal prestigio che conferiscono i posti stessi.

Non è il caso di parlare della carità che il medico dovrebbe fare con l'opera sua. Questa è quistione oramai sorpassata. È acquisito alla coscienza di tutti che ogni lavoro deve essere retribuito: l'etica e la convenienza sociale lo impongono.

L'opera del medico deve essere compensata. Ma non è dubbio, per quel che riguarda i medici nosocomiali, che nella valutazione del compenso deve essere tenuto conto del profitto che il medico ricava dalla stessa prestazione d'opera. Ed è appunto nella determinazione di questo profitto che sorgono quistioni.

In realtà per il medico l'ospedale non può essere considerato un impiego. Esso è la scuola pratica di applicazione, la scuola di perfezionamento, la palestra nella quale egli affina le sue conoscenze, ed acquista il tecnicismo indispensabile alla sua attività professionale. Questo vantaggio individuale si risolve in effetti anche in utile sociale in quanto la produzione di medici sperimentati giova all'umanità sofferente. È per questo che sarebbe desiderabile che il numero dei posti di assistente fosse in tutti gli ospedali notevolmente aumentato. La grande maggioranza dei medici passa oggi direttamente dalle aule scolastiche all'esercizio professionale. Le corsie degli ospedali sono oggi frequentate da pochi medici, da quelli che riescono a coprire gli scarsi posti di assistenti delle piante organiche, veramente privilegiati in confronto degli altri numerosissimi costretti fin dal primo momento a cozzare con le difficoltà della pratica che trovano ed è tanto differente da quel che hanno appreso dalle cattedre.

L'ospedale adunque è la integrazione indispensabile della scuola. Se non può essere aperto a tutti, deve essere aperto ad un numero di medici ben maggiore di quello attuale. È una necessità sociale. Ed in quanto è una necessità sociale è conveniente che ai giovani assistenti ed aiuti sia fatta una posizione economica, che, senza volere essere adeguata alle loro prestazioni, consenta loro di vivere decorosamente e di dare all'ospedale la maggior parte della loro giornata, riservando all'esercizio professionale solo il tanto necessario per assicurarsi una clientela sufficiente per il giorno nel quale dovranno abbandonare gli istituti ospedalieri.

Per le su esposte ragioni i posti di assistente e di aiuto devono ancora e sempre rimanere temporanei. La rotazione per ovvie ragioni è indispensabile. Pretendere la continuità di questi posti è da parte degli interessati un atto di egoismo, che non può trovar consensi.

E minor durata dell'attuale dovrebbe avere il periodo di servizio dei primari, almeno per quelli degli ospedali dei grandi centri. Gli interessi della società e quelli della generalità dei medici richiedono dai primari una rinuncia ed un sacrificio, di cui essi non possono non riconoscere la ragionevolezza e la necessità. Oggi a differenza di quel che si pratica per gli assistenti e per gli aiuti in genere, nessun limite di tempo, oltre quello dell'età, è posto alla carriera ospedaliera dei primarî. Da ciò deriva che alla grande massa dei medici di ospedale è inibito vita natural durante il primariato, benchè molti di essi vi siano idonei e talvolta non abbiano potuto occupare il posto per contingenze estranee ai loro meriti ed alla loro capacità.

E ciò non è bene, e non è giusto.

Non è bene perchè con l'andar degli anni i

primarî, parlo sempre di quelli dei grandi centri e più dei medici che dei chirurgi, assorbiti della attività professionale privata, finiscono per trascurar l'ospedale, al quale rimangono attaccàti unicamente per conservare l'etichetta e per evitare che questa passi in altre mani.

Non è giusto perchè non deve essere riservata a pochi la possibilità di completare la propria preparazione culturale e tecnica, la possibilità di trarre dal titolo di primario di ospedale tutti quei vantaggi professionali che esso indubbiamente conferisce. D'altra parte la collettività ha pure il diritto di poter contare su di un numero sufficiente di medici, i quali per la loro preparazione e per la loro posizione godano della generale stima.

Queste sono nelle grandi linee alcune delle condizioni programmatiche, che, a parer nostro, devono guidare e contenere il movimento dei medici ospedalieri; ve ne sono annesse altre, di cui ci occuperemo.

Programmi troppo rigidi o esclusivi provocano contrasti e interferenze di interessi nella classe stessa dei medici.

E ciò non conferirebbe serietà ed efficacia al movimento. *Pangloss.*

ATTI PARLAMENTARI.

Per i congedati malarici.

È stata presentata al Ministro del Tesoro la seguente interrogazione:

«I sottoscritti interrogano il Ministro del Tesoro per sapere se intende disporre che la cura dei congedati malarici sia fatta ininterrottamente per tutto l'anno, e non limitata a pochi mesi, pur dovendosi intensificare nei periodi di maggiore gravità della infezione.

Dore, Capasso, Costa, Caporali, Ciocchi, Anile, Rindone, Faranda, Caminiti, Colella, Paparo, Baglioni Silvestro, Borromeo».

Cronaca del movimento professionale.

Il 2° Congresso dei medici-chirurghi liberi esercenti.

Si è tenuto a Firenze, nel salone dell'Ordine dei medici, il II Congresso della Federazione nazionale fra medici-chirurghi liberi esercenti.

Erano rappresentanti: per Milano, i professori Piccinini, Ceccarelli, Piccoli, Capi; per Bergamo, il prof. Sanducci; per Brescia, il prof. Riva; per Venezia, il prof. Della Pergola; per Forlì, il prof. Simonelli; per Torino, il prof. Borrina e il prof. Molina; per Livorno, il prof. Pellegrini. Giunsero parecchi telegrammi di adesione inviati dalle Sezioni di Girgenti, Brindisi, Mantova, Genova, Parma, Roma, Treviso, ecc.

Appena aperta la seduta si procedè alla nomina delle cariche. Vennero eletti, a presidenti: i professori Filè-Bonazzola, Marchetti e il dott. Molinari; alla segreteria, i proff. Piccinini, Ceccarelli, Pinolli, Castelli, Della Pergola; a revisori dei conti, i dottori Bosini, Gualtieri e Piccoli.

L'inaugurazione venne fatta alla presenza delle autorità cittadine. Parlarono il prof. Marchetti, presidente della sezione locale, il sindaco di Firenze, il prefetto; seguirono altri oratori, fra i quali il prof. Chiaruzzi, presidente della Facoltà medica, il prof. Comba, il prof. Filè-Bonazzola, che trattò con grande calore e grandissima competenza il tema: «I doveri del medico nell'ora presente; rapporti fra la Federazione e l'Unione nazionale».

Il Congresso votò il seguente ordine del giorno sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie:

«Il secondo congresso della Federazione medici liberi professionisti, premesso che la classe medica fu sempre fautrice della previdenza sociale e che fu prima a sostenere la necessità della assicurazione obbligatoria per le malattie, quando veramente le classi lavoratrici si trovavano in difficoltà economiche; constatata l'attuale situazione economica; riafferma il proprio convincimento sulla opportunità della sospensiva di un eventuale progetto di assicurazione globale a programma massimo inquantochè a rimediare alla presente grave crisi ospitaliera è sufficiente integrare l'attuale assistenza sanitaria con la semplice indennità di malattia; reclama ad ogni modo che qualsiasi progetto venga presentato al Parlamento, siano riconosciuti ed accettati i capisaldi del programma di classe in tema di assicurazione sociale, di massima semplicità burocratica nell'interesse del malato e del medico e si richieda il riconoscimento morale ed economico della classe medica; diritto di libera scelta del medico da parte dell'assicurato; retribuzione per visita con tariffa concordata fra le varie categorie dei medici; dà mandato alla presidenza federale di presentare al ministro il suddetto ordine del giorno».

L'Associazione dei medici liberi professionisti della provincia di Venezia

si è costituita in questi giorni per la tutela collettiva dei liberi professionisti che non possano far parte di altre organizzazioni professionali. Sarà federata alle altre sezioni di detta Associazione le quali sono già unite in Federazione. Venne eletto presidente il comm. dott. A. Garioni, segretario il dott. A. Cavalieri.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8616) *Età per i pubblici concorsi.* — Dott. B. B. da F. — Nessun decreto esiste che fissi il limite di età per i concorsi per la nomina a medico condotto. Le Amministrazioni hanno però facoltà di fissare quel limite di età che credono opportuno e conveniente per coloro che non hanno prestato altro analogo precedente servizio. Il servizio dell'ufficiale sanitario non porta alla esclusione dal limite di età perchè la legge parla semplicemente di chi ha prestato precedente servizo in altra condotta.

(8617) *Surrogazione del veterinario comunale Aumento di stipendio.* — Dott. G. C. da M. — Esistendo nel Comune il veterinario comunale ha diritto a pagamento pel servizio che presta nell'interesse privato per la visita alle carni da macello. Nessuna legge o regolamento vieta di percepirlo non essendo al caso applicabile la disposizione contenuta nell'art. 8 del Regolamento del 3 agosto 1890. Il 30 per cento sul suo stipendio è rappresentato dalla somma di lire 750. Pel caro-viveri ha diritto alla somma di lire 100 mensili oltre una quota di cent. 85 al giorno per un sol figlio, non potendo gli altri essere considerati perchè maggiorenni ed abili a lavoro.

(8618) *Esercizio professionale all'estero.* — Dott. E. R. da M. — In Francia non si può esercitare la professione con la laurea conseguita in Italia, in Inghilterra sì, purchè si curi la registrazione del titolo ed il pagamento di una tassa non superiore a lire 5 sterline. Negli Stati Uniti di America occorre la laurea conseguita in una delle Università locali.

Doctor JUSTITIA.

Posti vacanti. — All'abb. n. 11,003 suggeriamo la «Rassegna dei concorsi», Roma, Casa editrice Urbis (piazza in Lucina, 40).

L. P.

Uffici di collocamento. — Al dott. Giacomo Lega:

Piemonte e Liguria, Torino, via dei Mille 16 (presso l'O. d. M. di Torino);

Lombardia: Milano, via Dogana 2 (presso la Presidenza centrale dell'A. N. M. C.);

Tre Venezie: Verona, Stradone Superiore Maffei 10 (presso l'O. d. M.);

Emilia e Romagne: Bologna, Archiginnasio (presso la Sezione Bolognese dell'A. N. M. C.);

Mantovano: Mantova, via Arrivabene 3 (presso l'O. d. M.);

Ferrarese: presso l'O. d. M.

Chiedere le condizioni.

Non ci risulta che siano costituiti uffici di collocamento anche per l'Italia centrale, meridionale e insulare.

Per tutti i colleghi in cerca di posti vacanti mettiamo gratuitamente a disposizione il nostro giornale. Gli annunzi debbono essere brevi; il recapito non dev'essere dato presso i nostri uffici.

L. P.

CONCORSI.

CANALE (*Belluno*). — Condotta con Falcade e Vallada; L. 8000 lorde fino a 1000 poveri; con decimo quinquennale; L. 1800 indenn. cavallo o motocicletta; L. 800 quale uff. san.; L. 400 per due armadi farmaceutici; caro-viv.: L. 100 ogni 100 poveri in più o frazione non inferiore a 50. Abitanti 6685. Per i non poveri tariffa convenuta. Servizio entro 15 giorni. Scad. 15 febbr.

FIRENZE. *R. Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Concorso per titoli ed esami a medico primario per la direzione di un Turno Medico. Età massima, al 31 genn. 1921, anni 44, fatta eccezione per i concorrenti che appartengano od abbiano già appartenuto al personale sanitario con servizio di effettivo per non meno di un quadriennio, purchè non abbiano superato gli anni 49. I concorrenti dovranno avere almeno 7 anni di laurea e non meno di 5 anni di servizio in Ospedali o Cliniche o Istituti di Patologia medica, dei quali non meno di tre anni compiuti come effettivi. Stipendio di L. 5500 lorde.

Le pubblicazioni scientifiche di ciascun concorrente dovranno essere presentate in cinque esemplari. L'eletto assumerà l'ufficio dietro chiamata dell'Amministrazione, prenderà servizio in un Turno di Cronici presso lo Spedale di Bonifazio e resterà in carica per un biennio di prova, dopo di che potrà essere confermato per un quindicennio.

GINOSA (*Lecce*). — 3ª condotta; L. 5000 lorde e 4 quinquenni del decimo. Servizio entro un mese dalla partecipaz. Scad. un mese dal 7 gennaio.

LECCE NE' MARSI (*Aquila*). — A tutto il 31 gennaio condotta pei poveri; L. 6000 lorde e quattro sessenni del decimo; compenso dagli abbienti non inferiore ad altre L. 6000. Alloggio decente e riscaldamento. Capitolato-tipo in corso di approvazione. Età limite 40 anni. Per altre informazioni chiedere annunzio al Segretario comunale.

POGGIO MOIANO (*Perugia*). — Scadenza 15 febbraio. Condotto generalità abitanti, sino espletamento pratica per condotta residenziale. Stipendio L. 12,000 oltre indennità caro-viveri di legge. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria.

Medico-chirurgo, giovane, attivissimo, lunga pratica ospedali-condotte, accetterebbe ovunque conveniente interinato o posto ospedali. — Rivolgersi: Famiglia Vecchi, via Roma, 4, Voghera (Pavia).

Diffide

Sono diffidate dall'Ordine dei Medici della provincia di Roma le condotte mediche di Campagnano di Roma per il contegno tenuto da quel Sindaco, che è un medico, verso l'Ordine dei Medici e per il trattamento e le minacce cui è fatto segno da quella popolazione l'attuale medico condotto interino.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La « Société Belgique de Médecine Tropicale » di Bruxelles ha nominato proprio membro d'onore il sen. prof. Battista Grassi.

È questo un meritato riconoscimento degli studi e delle scoperte fondamentali di cui la scienza va debitrice al nostro connazionale nel dominio della malaria.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia delle Scienze mediche e naturali.

Il 2° Congresso avrà luogo a Bologna nell'ottobre 1921.

È stato costituito il Comitato ordinatore presieduto per delega dal prof. Domenico Maiocchi. Segretari sono il prof. Raffaele Gorrieri ed il professor Guido M. Piccinini. La corrispondenza si potrà dirigere al prof. R. Gorrieri, piazza Aldovacchi 2, Bologna.

I temi già stabiliti per ora sono: prof. D. Mafocchi, La chirurgia preistorica; prof. D. Barduzzi, L'insegnamento della clinica medica nell'Evo Medio ed il primo maestro Tattodeo degli Alderotti. Oltre a questi temi ne saranno scelti altri quattro.

I titoli delle Comunicazioni dovranno essere preannunziati al Comitato tre mesi prima della convocazione del Congresso.

Un regolamento speciale per il Congresso sarà emanato dal Comitato ordinatore.

Corso di perfezionamento in « Medicina del Lavoro ».

Presso gli Istituti di Clinica Medica, di Igiene e Medicina Legale della R. Università di Roma sotto la direzione dei professori Ascoli, Ottolenghi e Sanarelli si svolge per l'anno Accademico 1920-21 un Corso di perfezionamento che avrà lo scopo di fornire ai Medici le nozioni più indispensabili per l'esercizio della professione medica presso gli stabilimenti industriali, le ferrovie, i lavori agricoli, gli istituti assicuratori per quanto riguarda la Patologia, l'Igiene, la Legislazione e la Medicina legale del Lavoro.

Il Corso comprende lezioni, colloqui, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche e conferenze.

Si tengono i seguenti insegnamenti: Patologia Medica del Lavoro (Prof. Ascoli-Ranelletti); Igiene generale del lavoro (Prof. Sanarelli-Puntoni); Igiene industriale, Legislazione del lavoro, assistenza sociale (Prof. Loriga); Patologia Chirurgica del lavoro (Prof. Diez); Medicina Legale Generale (Prof. Ascarelli); Infortunistica Medico-Legale (Prof. Ottolenghi); Conferenze sulle varie specialità dei Proff. Alessandri, Ascoli, Baglioni, Bignami, Chiavaro, Cirincione, Dalla Vedova, De Sanctis, Ducrey, Ferreri, Gaglio, Ghilarducci, Lo Monaco, Marchiafava, Mingazzini, Pestalozza, Versari, Zeri.

Il Corso avrà principio il 1° febbraio 1921 e avrà la durata di tre mesi.

Alla fine del Corso a quelli che lo avranno frequentato assiduamente e avranno superate le relative prove di esame sarà assegnato un Diploma di perfezionamento.

Per esservi ammessi si deve fare domanda su carta da bollo di L. 1.00 al Rettore della R. Università, presentando: *a*) Fede di nascita, legalizzata dal Presidente del Tribunale; *b*) Diploma o certificato di Laurea in Medicina e Chirurgia (*anche di Università estere*); *c*) Quietanza di lire 250 rilasciata dall'Economo della R. Università.

Si dovranno pure versare nella Cassa Universitaria L. 78.90 occorrenti per soprattassa d'esami, per gli esercizi di laboratorio, per bollo ed indennità.

Per ritirare il diploma, gli interessati dovranno in seguito presentare domanda su carta bollata da L. 1.00 e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60

Corso di Patologia e Clinica delle Malattie Tubercolari nella R. Università di Genova.

I servizi delle organizzazioni antitubercolari che per opera del governo e della iniziativa privata nascono e nasceranno in varie parti d'Italia, rendono ogni giorno via via più necessaria l'opera di medici specialmente versati nella conoscenza della tubercolosi e delle malattie tubercolari. E poichè non esistono insegnamenti specializzati nelle Università del Regno, presso la Clinica Medica del prof. Maragliano si terrà dal 17 gennaio al 19 marzo 1921 un corso speciale sulla Patologia e sulla Clinica delle malattie tubercolari.

Il corso consisterà:

a) In dimostrazioni ed esercitazioni cliniche;

b) In esercitazioni diagnostiche, con speciale riguardo alla diagnosi precoce della tubercolosi ed al suo accertamento;

c) In dimostrazioni radiologiche;

d) In esercitazioni di laboratorio.

Tutti i medici italiani e tutti gli studenti delle Facoltà di medicina del Regno possono partecipare a questo corso senza obbligo di speciali tasse di iscrizione. A coloro che lo avranno frequentato regolarmente ed avranno fatte tutte le esercitazioni relative sarà rilasciato dal Direttore dell'Istituto uno speciale diploma.

La domanda di iscrizione deve essere indirizzata al prof. sen. E. Maragliano, Istituto di Clinica Medica, Via Balilla 5, Genova.

Corso di perfezionamento in Pediatria.

In seguito alla dolorosa perdita dell'illustre professor Luigi Concetti, gli insegnamenti di questo corso, che sarà iniziato il 18 corrente al Policlinico di Roma (R. Clinica Pediatrica), restano così modificati: 1° Lezioni cliniche, prof. Tullio Luzzatti; 2° Malattie infettive e dei neonati, professor Modigliani; 3° Puericoltura ed igiene infantile, prof. De Villa; 4° Semeiotica infantile, professor Santangelo; 5° Esercitazioni di laboratorio, dottori Genoese e Sironi.

Per essere ammessi a tale corso, oltre la domanda al Rettore, bisogna presentare quietanza di L. 200 rilasciata dall'Economo della R. Università.

Il centenario dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Il 20 dicembre venne celebrato solennemente il centenario dell'« Académie de Médecine » di Parigi. La riunione fu presieduta da Millerand, presidente della Repubblica; v'intervennero le più spiccate personalità della scienza, della politica, dell'amministrazione; erano rappresentate le Nazioni straniere.

Il discorso commemorativo fu pronunziato da Laveran, attuale presidente dell'Accademia; parlarono anche il segretario Achard e il Ministro della pubblica istruzione e delle belle arti Honnorat.

La ricorrenza fu anche commemorata con relazioni lette il 21 e il 22 dicembre da Vaillard sul « Compito dell'Accademia di Medicina nell'evoluzione dell'igiene pubblica », da Chauffard su « Un secolo di medicina all'Accademia », da Camus, Meillière, Delorme, Hanriot.

Al sanatorio militare di Roma.

L'on. Bonomi, ministro della guerra, accompagnato dal generale Della Valle, direttore centrale della Sanità militare, ha visitato il Sanatorio per invalidi tubercolotici di Porta Furba, diretto dal tenente colonnello medico cav. Guido Mendes.

Il ministro è rimasto molto soddisfatto della sistemazione e della tenuta dei padiglioni: ed accedendo ad alcune giuste richieste dei degenti, appoggiate dal direttore, ha disposto per un conveniente aumento degli infermieri, perchè siano sdoppiate le cucine in modo che il vitto possa essere distribuito caldo a tutti gli infermi, perchè sia allestito un refettorio speciale per gli ufficiali con annessa sala di ritrovo e terrazza, e perchè in luogo di carne congelata sia somministrata carne fresca.

Ha inoltre elargito una notevole sovvenzione alla Cooperativa che i ricoverati hanno costituito per la coltivazione dei terreni annessi allo stabilimento e per l'allevamento del piccolo bestiame ed ha preso altri provvedimenti, a favore degli infermieri.

Conferenza interamericana sulle malattie veneree.

Ad iniziativa della Commissione d'Igiene sociale interdipartimentale degli Stati Uniti, del Servizio Sanitario degli Stati Uniti, della Croce Rossa Americana e dell'Associazione Americana d'Igiene sociale, sotto la presidenza del prof. W. H. Welch, si è tenuta a Washington, dal 7 all'11 dicembre u. s., una Conferenza interamericana per la lotta contro le malattie veneree.

L' Università S. H. S.

L'Università di Agram, creata nel 1917, è l'unica dello Stato serbo-creato-sloveno. Titolari della facoltà medica sono: Houdl per l'anatomia patologica e la batteriologia, Bubanovic per la clinica medica, Miculicic per la farmacologia e la patologia sperimentale, Semikauska per la fisiologia, ecc. Nel 1° semestre del 1920 l'università jugo-slava venne frequentata da 874 studenti in medicina.

Dal « Bollettino dell'Associazione Medica Tridentina » (sett.-dic. 1920) apprendiamo con ritardo la perdita del dott. LUIGI GUELLA, che fu per lunghi anni presidente della Camera Medica di Trento. Deputato alla Dieta Provinciale di Innsbruck, vi difese con energia i diritti della classe e lottò ad oltranza per le leggi sanitarie. Patriota fervente ed operoso, soffrì le persecuzioni politiche e da ultimo l'internamento, fino al giorno della nostra vittoria; per la redenzione della Patria dette il figlio Federico, caduto a Castel Grande, combattendo contro gli austriaci.

Dotato di qualità preclare di mente e di cuore e circondato da altissima stima, seppe rimeritarsi la riconoscenza e l'ammirazione dei colleghi tutti e delle popolazioni tridentine.

Ha lasciato un rimpianto profondo.

B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

Anno XXVIII Roma, 24 Gennaio 1921 Fasc. 4

IL POLICLINICO

ANNO XXVIII — Roma, 31 Gennaio 1921 — Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA.
Prof. CARLO BESTA, direttore.

La terapia arsenicale ad alte dosi nelle contratture organiche

per il dott. PAOLO MAGAUDDA, aiuto.

Il Lhermitte e Quesnel (1), nel novembre del 1919, presentavano la comunicazione con la quale facevano conoscere di aver ottenuto miglioramenti notevoli con l'uso di cacodilato di sodio ad alte dosi in casi di ipertonie muscolari determinate sia da una degenerazione del sistema piramidale, sia da altra causa, come nel morbo di Parkinson.

La tecnica usata dal Lhermitte e Quesnel consiste nella somministrazione per via ipodermica di una soluzione al 25 % o 50 % di cacodilato di sodio da iniettarsi nelle regioni glutee o sotto la pelle della faccia esterna della coscia. Si attengono come dosi iniziali per due, tre giorni a 25, 50 ctg. per raggiungere immediatamente un grammo, un grammo e mezzo, due grammi ed anche due grammi e mezzo, per dose. Consigliano di praticare le iniezioni tutti i giorni, limitandole a giorni alterni nei pazienti avanzati in età.

In due casi di emiplegia spasmodica, insorta da otto anni e da cinque, i risultati sarebbero stati nettissimi: le contratture diminuite notevolmente a tal punto da permettere ad uno de-

(1) LHERMITTE et QUESNEL. *Effets des arsenicaux sur les contractures organiques et la maladie de Parkinson. Communication à la Société de Neurologie.* Revue Neurologique, 1919, n. 12.

gli ammalati l'estensione quasi completa dell'arto superiore e l'uso di esso per i bisogni ordinari della vita; il cammino molto più facile mercè la flessione dell'arto inferiore fin allora contratturato in estensione. Nell'altro paziente, in cui la contrattura era tale da impedirgli qualsiasi movimento attivo o passivo, la flessione e l'estensione passiva potevano essere facilmente eseguite e vi era anche accenno ad una semiflessione attiva dell'arto inferiore. In due altri ammalati affetti da paraplegia spasmodica molto intensa, ed in un terzo, da parecchi anni immobilizzato per una quadriplegia d'origine cerebrale, con contrattura dei quattro arti, i risultati sarebbero stati manifesti. In tre parkinsoniani trattati con la stessa tecnica, la regressione della rigidità sarebbe stata tale, da rendere più facili i movimenti.

I risultati del Lhermitte e Quesnel furono confermati dal Roasenda (1). In un soldato affetto da otto mesi da emiplegia sinistra con i fatti ordinari di contrattura, il Roasenda iniettò nello spazio di undici giorni gr. 13.20 di cacodilato di sodio e gli effetti sarebbero stati tali da permettere al paziente i movimenti dell'arto superiore in tutte le direzioni e su tutte le articolazioni.

Contemporaneamente al Roasenda, la Porru (2) rendeva noti i risultati da lei ottenuti in sette parkinsoniani sottoposti alla cura alla Lhermitte.

La Porru nei suoi casi non avrebbe ottenuto risultati quantitativamente molto cospicui. Gli scarsi vantaggi sarebbero stati transitori: gli ammalati dopo una quindicina di giorni sarebbero ritornati nelle condizioni anteriori alla cura, ad eccezione di uno, contadino, nel quale il miglioramento sarebbe divenuto stazionario tanto da permettergli il lavoro in campagna.

Circa al meccanismo d'azione dell'arsenico sulle contratture il Sicard (3) ed i suoi collaboratori Roger, Hagueneau e Kudelski ritengono che la risoluzione del tono muscolare sia dovuta a nevriti leggere, che verrebbero ad insorgere in seguito alle cure intensive arsenicali. Il Sicard avvalora tale sua ipotesi basandosi sull'assenza dei riflessi achillei in alcuni suoi ammalati, assenza da lui attribuita all'azione elettiva dell'arsenico sulle fibre nervose periferiche e nel caso in ispecie sullo sciatico popliteo interno.

Il Lhermitte non accetta tale ipotesi che non si concilia col fatto della elettività dell'arsenico sopra i muscoli contratturati mentre risparmia i muscoli sani. Infatti dal lato sano il tono e la reflettività non vengono modificati, mentre l'ipertonia retrocede dal lato paralizzato. Il Lhermitte sospetta invece un'azione diretta dell'arsenico sui centri nervosi e si basa sui fenomeni psichici (euforia, bisogno di muoversi, eccitamento psico-motorio) che alle volte insorgono durante la cura.

In considerazione dell'importanza pratica dei risultati ottenuti dal Lhermitte, Quesnel, Roasenda e delle promesse cui fa sperare la cura alla Lhermitte, ho voluto tentarla in quattro ammalate ricoverate al manicomio ed in un invalido di guerra, che si è presentato all'ambulatorio della Clinica.

Riassumo brevemente le storie cliniche ed i protocolli delle cure.

A. Carmela, di Giuseppe, di anni 18, ammessa al manicomio il 14 giugno 1920 per frenastenia.

Dalle notizie desunte dal modulo informativo e dall'esame psichico si diagnostica nell'a. una frenastenia cerebropatica a tipo infantile con insufficienza mentale di grado elevato. È affetta da emiparesi destra con contrattura irriducibile in flessione della mano sull'avambraccio e con piede varo-equino. Contrattura dell'avambraccio sul braccio, che si riesce stentatamente a ridurre con le manovre passive.

5 settembre 1920. — Ragazza in condizioni alquanto scadute di nutrizione generale. Pesa Kg. 32.900. Pressione sanguigna al Riva-Rocci a D. 110, a S. 115. S'iniettano dal 5 al 30 settembre, a dosi lentamente progressive, gr. 13 di cacodilato di sodio, mantenendosi negli ultimi 6 giorni a dosi quotidiane di un grammo.

La contrattura dell'avambraccio sul braccio, che prima della cura si vinceva a stenti, dopo le dosi massime si riduce molto più facilmente.

Notevolmente migliorate le condizioni di nutrizione generale. Pesa dopo la cura Kg. 35. La pressione sanguigna presenta una lieve diminuzione: a D. 100, a S. 105.

I riflessi tendinei esagerati a destra, non presentano alcuna variazione dopo la cura.

Tali condizioni di miglioramento si mantengono soltanto una settimana circa, dopo che si sospendono le iniezioni.

R. Carmela, di Sebastiano, di anni 33, ammessa nel manicomio il 31 maggio 1905. Frenastenica cerebropatica a tipo infantile con insufficienza mentale di medio grado. Sin dalla nascita sofferente di accessi convulsivi di natura epilettica.

5 settembre 1920. — Donna in discreto stato di nutrizione generale. Presenta emiparesi spastica sinistra con movimenti atetosici a carico

(1) ROASENDA G. *Sul trattamento di sindromi nervose (contratture muscolari, rigidità) e circolatorie con iniezioni ipodermiche di cacodilato di sodio ad altissime dosi.* Policlinico, Sez. pratica, 1920, pag. 826-30.

(2) PORRU C. *La terapia arsenicale nel morbo di Parkinson.* Policlinico, Sez. pratica, 1920, pag. 984-85.

(3) SICARD I. A. *Traitement de la syphilis nerveuse par les injections novarsenicales à petites doses répétées et prolongées.* Presse médic., 1920, n. 29, pag. 281.

delle dita della mano paretica. Esiste contrattura dell'avambraccio sul braccio sinistro parzialmente riducibile ai movimenti passivi.

Pesa Kg. 42. Pressione sanguigna a D. 105, a S. 100.

Dal 5 al 26 settembre s'iniettano a dosi crescenti (mantenendo negli ultimi sei giorni le dosi di ctg. 75-75-75-100-100-100) complessivamente gr. 10 di cacodilato di sodio.

27 settembre 1920. — S'interrompe la cura per la comparsa di tracce di pigmenti biliari nelle urine. Pesa Kg. 43.500. La contrattura dell'avambraccio sul braccio, che al principio della cura era parzialmente riducibile ai movimenti passivi, negli ultimi giorni d'iniezioni a dosi di un grammo si vince più facilmente.

Il lieve miglioramento nello stato della contrattura scompare dopo pochi giorni.

9 novembre 1920. — S'inizia una seconda serie d'iniezioni somministrando sino al 19 novembre gr. 11.25 di cacodilato.

19 novembre 1920. — Pesa Kg. 44. Pressione sanguigna al Riva-Rocci a D. 95, a S. 90. Si riesce nuovamente con maggiore facilità a vincere la contrattura.

L'esame della reflettività tendinea, praticato prima e dopo la cura, non mette in evidenza alcuna variazione. Presente ed esagerato a sinistra il riflesso achilleo.

Il miglioramento ottenuto si mantiene per una diecina di giorni.

S. Lucia, fu Giuseppe, di anni 23, nubile, ammessa nel manicomio il 19 maggio 1916 per epilessia.

Bambina di otto anni, in seguito a cerebropatia rimaneva emiparetica.

5 settembre 1920. — Condizioni scheletriche regolari, ottimo lo stato di nutrizione generale. Pesa Kg. 60. Pressione sanguigna a D. 145, a S. 140.

Presenta le note di una emiparesi spastica sinistra con contrattura dell'avambraccio sul braccio e della mano sull'avambraccio. Arto inferiore iperesteso con piede varo-equino.

Inizia la cura cacodilica ricevendo dal 5 al 29 settembre gr. 10.90 del farmaco. Negli ultimi giorni la dose quotidiana è di ctg. 100-100-50-100-100. S'interrompe la cura per la comparsa di tracce di pigmenti biliari nelle urine.

29 settembre 1920. — Pesa Kg. 61. Pressione sanguigna a D. 125, a S. 110.

Sia ai movimenti attivi, che passivi, si nota un miglioramento nello stato delle contratture, specialmente di quella dell'avambraccio sul braccio, riuscendo a mantenere in estensione l'avambraccio. Il miglioramento si apprezza specialmente alle manovre passive; scompare gradatamente in pochi giorni non appena sospese le iniezioni.

13 novembre 1920. — S'iniettano sino al giorno 19 a dosi rapidamente crescenti gr. 7 di cacodilato e si ha nuovamente il miglioramento nello stato delle contratture.

Tanto dopo la prima serie d'iniezioni, quanto dopo la seconda, l'esame neurologico non mette in evidenza alcuna variazione nei riflessi tendinei, che si mantengono esagerati dal lato paretico.

La pressione sanguigna che al 29 settembre, alla fine della prima serie d'iniezioni, risultava a D. 125, a S. 110, il 13 novembre, già ritornata a D. 145, a S. 130, ridiscendeva il 19 novembre a D. 130, a S. 115.

Il miglioramento nello stato della contrattura si mantiene per pochi giorni appena sospese le iniezioni.

M. Caterina, fu Salvatore, di anni 16, da Messina, ammessa nel manicomio il 26 novembre 1914, per frenastenia.

I genitori morti per tubercolosi polmonare. Nata da parto prematuro.

È una cerebropatica con uno stato spastico generalizzato a tutti i muscoli e movimenti coreo-atetosici a carico degli arti. La spasticità si accentua durante i movimenti volontari, tanto da rendere impossibile lo spogliarsi ed il vestirsi da sè. Andatura a scatti, oscillante, a piccoli passi. I movimenti coreici non risparmiano i muscoli del collo e della faccia. Linguaggio stentato, quasi esplosivo. Reflettività tendinea vivace da ambo i lati.

5 settembre 1920. — Pesa Kg. 29. Inizia la cura, ricevendo nello spazio di 25 giorni, a dosi progressive, grammi 10 di cacodilato di sodio. Negli ultimi sei giorni le dosi quotidiane sono di un grammo. Si notano tracce di pigmenti biliari nelle urine.

Si constata un miglioramento nelle condizioni generali. Pesa Kg. 31.

I movimenti coreici sono alquanto diminuiti e con essi anche lo stato spastico.

La paziente riesce a porgere la mano e può balbettare qualche parola: l'andatura è meno oscillante con passi più lunghi.

Nessuna variazione nello stato dei riflessi tendinei, che si mantengono tutti vivaci.

Il miglioramento si mantiene per una quindicina di giorni.

Si pratica una seconda serie d'iniezioni dal 9 al 19 novembre iniettando complessivamente gr. 8.25 di cacodilato sodico. Si notano nuovamente migliorate le condizioni, miglioramento che scompare dopo qualche settimana.

Nella M. non è stato possibile controllare la pressione sanguigna.

P. Giuseppe, di anni 36, invalido di guerra, da Messina. Visitato all'ambulatorio della clinica per le malattie nervose.

Quattro anni or sono, in zona di guerra, mentre era di vedetta, venne travolto dallo scoppio di una granata. Residua emiparesi spastica sinistra. Tiene la mano sinistra flessa sul polso, il braccio addotto, l'avambraccio flesso sul braccio ad angolo quasi retto. Andatura pareto-spastica. Impossibile riesce l'estensione attiva della mano sul polso, limitati i movimenti degli altri segmenti dell'arto superiore. Con i movimenti passivi si riesce stentatamente a flettere l'avambraccio sul braccio, a ruotare il braccio sull'articolazione della spalla in modo da toccare il mento con la mano.

Il 29 settembre s'inizia la cura cacodilica e s'iniettano sino al giorno 28 ottobre gr. 13.55 di cacodilato sodico, aumentando gradatamente e raggiungendo dosi massime di gr. 0.75, gr. 1 negli ultimi giorni. Si ha un lieve abbassamento della pressione sanguigna, che misurata al principio della cura mm. 175, risulta

il 28 ottobre mm. 165. Contemporaneamente si ha una diminuzione della contrattura poco marcata ai movimenti attivi, ma evidente ai passivi, tanto da permettere l'estensione completa dell'avambraccio sul braccio, l'elevazione e rotazione dell'arto sulla spalla in maniera da far toccare l'occipite con le dita. Tale miglioramento della contrattura dura soltanto qualche settimana, non ostante non si tralasci la cura, ma la si continui a piccole dosi di gr. 0.20, gr. 0.25. Il 17 novembre si aumenta di nuovo progressivamente la dose sino a raggiungere i giorni 25 e 26 gr. 1 di cacodilato; il 29 gr. 1.25; il 30 gr. 1.50; il 1° dicembre gr. 2; il 2 dicembre gr. 2, iniettando complessivamente nello spazio di 15 giorni gr. 12 di farmaco. Si ha nuovamente il miglioramento nello stato delle contratture, miglioramento che si apprezza anche nell'andatura.

L'esame delle urine, praticato prima e ripetutamente durante la cura, non ha messo in evidenza albumina, non pigmenti biliari, non altri elementi patologici. Le condizioni di nutrizione generale notevolmente migliorate: il 29 settembre pesava Kg. 49.300, il 2 dicembre Kg. 53.

La reflettività tendinea non ha presentato alcuna variazione, i riflessi achillei si sono mantenuti costantemente: vivace a destra, esagerato a sinistra.

Il 12 dicembre, riesaminato il paziente, comincia già a scomparire il miglioramento ottenuto.

In tutti e cinque gli ammalati l'esame elettrico, praticato prima delle cure e controllato dopo le dosi massime, non ha messo in evidenza alcun fatto d'ipereccitabilità o ipoeccitabilità faradica e galvanica, tanto dei nervi quanto dei muscoli e tanto meno inversione della formula di contrazione dei muscoli alla corrente galvanica, oppure contrazioni lente o vermicolari.

Sintetizzando i risultati ottenuti in tutti e cinque i casi, costantemente si è ottenuta una diminuzione delle contratture, la quale accennata nelle ammalate A. R. S. è stata più evidente in M. e nell'invalido P. Tale diversità probabilmente è dovuta al fatto che nelle prime tre ammalate, trovandoci di fronte a forme inveterate, bisognava lottare anche contro fatti di retrazioni tendinee, mentre tale stato mancava nella M. affetta da atetosi doppia con stato spastico generalizzato, e nel P. affetto da emiparesi da quattro anni.

Anche nelle mie ricerche si è verificato una diminuzione della pressione sanguigna, che è andata di pari passo con la diminuzione delle contratture (evidente nell'ammalata S.).

Un fatto costante, che si è controllato in tutti i casi, è la coincidenza della diminuzione delle contratture con le dosi massime e soltanto con esse e dalla rapida *restitutio* alle condizioni primitive non appena cessata la cura. Sono le dosi massive che determinano e mantengono la risoluzione delle contratture: questo dato viene messo in evidenza specialmente dal protocollo dell'invalido P. in cui, dopo una prima serie d'iniezioni a dosi alte, ottenuta la diminuzione delle contratture, a nulla è valso continuare la cura a dosi di 20-25 ctg.; la contrattura è ritornata ad insediarsi per diminuire nuovamente ad una seconda serie di dosi massive.

In riguardo al meccanismo patogenetico i miei risultati escludono l'ipotesi del Sicard. In nessuno dei casi ho potuto notare, dopo la cura alla Lhermitte, l'ariflessia achillea, esponente di nevrite nel dominio dello sciatico popliteo interno, in nessuno alcuna variazione di comportamento dei nervi e dei muscoli allo stimolo faradico e galvanico.

Dal complesso dei risultati ottenuti, considerando il carattere transitorio del miglioramento, mi pare di poter affermare che la terapia cacodilica ad alte dosi nel trattamento delle contratture organiche non risponde purtroppo alle speranze che le comunicazioni del Lhermitte, Quesnel e Roasenda lasciavano supporre. Si è trattato nei miei casi di forme molto gravi, non potrei perciò escludere che in altre condizioni, ad esempio, in lesioni pure della zona motrice corticale, si possano ottenere vantaggi più evidenti.

Messina, 15 dicembre 1920.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Consorziale di Ronciglione.

Su due rare complicazioni secondarie a innesto vaccinico

per il dott. Armando Sala, direttore-chirurgo.

Nei primi mesi del corrente anno si è verificato in Ronciglione una piccola epidemia di vaiuolo, motivo per cui opportunamente dai colleghi condotti fu praticata, su larga scala, la rivaccinazione nella popolazione civile.

Sfogliando l'abbondante letteratura sulle complicazioni secondarie a vaccinazione, non ho trovato descritto nè il flemmone perinefritico da streptococco, nè l'ascesso renale da stafilococco, ed è per questo solo motivo che mi accingo a riferire due casi capitati sotto la mia osservazione.

È noto che gli ascessi renali e perirenali possono avere origine: da trauma (ematoma perirenale suppurato) in seguito a malattia infettiva: vaiuolo, scarlattina, tifo, difterite; come manifestazione primitiva di una infezione generale, per origine locale in seguito ad infiammazione di organi vicini, oppure sono metastatici come conseguenza di suppurazioni periferiche banali; quindi nessuna meraviglia sulla possibilità che nei due casi che sto per riferire abbiano potuto seguire a pustole vacciniche.

M. Elvira, da Marino, religiosa, di anni 33, entra all'ospedale il 31 gennaio 1920: nulla di notevole nell'anamnesi remota e nel gentilizo. Soffrì circa 3 mesi or sono di patereccio al dito medio della mano sinistra del quale guarì bene. Quindici giorni prima dell'attuale malattia fu vaccinata con esito positivo. Racconta che fu colta improvvisamente da vivo dolore al fianco sinistro e da febbre con brivido. Il dolore era sordo, continuo, parossistico. Si esacerbava con i colpi di tosse e con le inspirazioni prolungate; ella doveva decombere sul fianco destro. La febbre aveva aumenti vespertini, l'appetito scomparso, l'alvo stitico. Dopo alcuni giorni aggravandosi i sintomi locali, e perdurando i fatti generali inquietanti, per mio consiglio viene ricoverata all'ospedale.

Esame obbiettivo. — Donna di taglia mediocre, condizioni generali scadute, costituzione scheletrica regolare, masse muscolari discrete, pannicolo adiposo piuttosto abbondante, colore della cute e mucose visibili pallido, lingua patinosa, temperatura 38°.5, polso 100, regolare ritmico. All'apparato respiratorio non si nota nulla di patologico, tranne un respiro un po' superficiale ed un po' frequente, 26-30 respiri per minuto. Sintoma di Litten positivo a sinistra. Non tosse, non espettorato; nulla a carico del cuore e dei grossi vasi.

Addome tumido, cicatrice ombelicale rientrante, trattabile ovunque meno in corrispondenza dell'ipocondrio sinistro, dove si palpa una tumefazione, che occupa più la regione splenica, a limiti indistinti, immobile con il respiro, dolente; non esiste ballottamento, ed è più accessibile alla palpazione per la via addominale che per la fossa lombare. Dolente è il punto costo-vertebrale. Tengo l'inferma in osservazione per 9 giorni. L'esame del sangue dà notevole leucocitosi, persiste la febbre a tipo suppurativo, alvo stitico, ripetuti esami di urine sempre negativi. La tumefazione sembra aumentata di volume e la cute della regione lombo-iliaca diviene un po' tesa, lievemente edematosa, sicchè eseguo una puntura esplorativa dalla via lombare che dà esito a pus confermando il sospetto diagnostico di perinefrite suppurativa.

Operazione. — Dottor Sala: 9 febbraio 1920. Etere-narcosi regolare, incisione lombare; aperta la fascia si dà esito a pus denso, cremoso, con blocchi di tessuto adiposo necrotici: tale raccolta formatasi attorno al rene interessa la capsula adiposa e si spinge sotto il diaframma e lungo la doccia vertebrale. Drenaggio e punti di ravvicinamento.

L'esame microscopico del pus rivela numerose cellule di pus e cocchi riuniti a catena. Cade rapidamente la febbre, decorso post-operatorio buono; l'inferma esce dall'ospedale dopo 23 giorni di degenza colla ferita operatoria quasi chiusa.

L'altro caso è il seguente: V. Enrico, di anni 15, da Ronciglione, muratore. Nulla di notevole nei suoi precedenti famigliari ed ereditari che possa avere rapporti coll'attuale infermità. Vaccinato con esito positivo da circa 20 giorni, era stato preso da dolori violenti al fianco destro, che si diffondevano verso la fossa iliaca destra e verso la radice dell'arto omonimo. Prese un purgante oleoso e l'alvo restò diarroico. Minzione normale. La febbre si iniziò con brivido, e dopo alcuni giorni di degenza in casa viene trasferito all'ospedale.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali discrete, *facies* adenoidea, cute e mucose visibili pallide, scheletro regolare, micropoliadenia. Presenta un callo osseo esuberante per precedente frattura della gamba sinistra. Lingua impaniata, denti con carie, ipertrofia notevole delle tonsille, polso regolare ritmico, 110, a pressione discreta; respiro toracico breve, un po' superficiale e frequente, 30. Temperatura 40°; decombe sul lato destro. Masse muscolari non molto sviluppate, pannicolo adiposo scarso, nulla a carico degli organi toracici, non tosse, non espettorato. Addome spianato, meno mobile nella sua metà a destra. Cicatrice ombelicale rientrante e reticolo venoso evidente sulla parete destra. Lieve difesa in corrispondenza della metà destra dell'addome, che si aumenta nel tentativo di affondare la mano nell'ipocondrio. Fegato e milza nei limiti normali.

Vivamente dolente è la pressione nel punto costo-vertebrale e sull'uscita del nervo femoro-cutaneo di destra; esplorazione rettale negativa.

Di fronte a tale reperto obbiettivo vari furono i sospetti diagnostici: la mancanza di tosse e di espettorato faceva escludere un fatto toracico; per la pleurite diaframmatica o per un ascesso sotto-diaframmatico mancava il fenomeno del Litten, nè il fegato sembrava ingran-

dito od abbassato. L'esame delle urine ripetutamente eseguito si mantenne costantemente negativo, la mancanza assoluta di qualsiasi disturbo della minzione, faceva facilmente escludere anche una lesione renale. La spiccata leucocitosi ed il tipo febbrile indirizzavano la diagnosi per un fatto flogistico: flemmone retro-peritoneale di origine appendicitica?, ma era mancata ogni sindrome appendicitica; alvo piuttosto diarroico; mai vera difesa addominale; punto di M. B. indolente anche alla pressione profonda. Esiste, è vero, il flemmone della parete posteriore dell'addome, ma è un fatto patologico rarissimo. Quello che valse a rischiarare un po' la diagnosi fu che dopo circa 10 giorni di degenza, mentre persisteva la febbre alta fino a 40°, con remissioni mattutine, a tipo francamente suppurativo, e il dolore violento parossistico al fianco destro, si venne lentamente delimitando una tumefazione a limiti indistinti che occupava la loggia renale destra e sembrava far corpo con il rene omonimo; quindi si pose diagnosi di paranefrite suppurativa e praticata una puntura esplorativa per la via lombare, questa, con un'infissione dell'ago molto profonda, fu positiva.

Si esegue il 7 marzo 1920 l'operazione: Cloroetere-narcosi regolare, lombotomia obliqua, aperta la fascia della loggia renale si dà esito a pus che sembra provenire dal polo superiore del rene. Tamponamento con garza iodioformica, punti di ravvicinamento dei tessuti.

L'esame microscopico del pus con i comuni colori rivela la presenza di stafilococchi. La febbre diminuisce notevolmente, ma il liquido, che continuò ad uscire dalla ferita nelle medicature successive, cambiò di aspetto: da denso e cremoso, divenne tenue, fino ad apparire nettamente urinoso e fetido. Il ragazzo fu degente per 49 giorni nell'ospedale e ne uscì con una fistola lombare che riuscii a chiudere dopo circa tre mesi con la pasta di Beck ed attualmente è sano e lavora.

NOTE E CONTRIBUTI.

La variante Duval-Toupet nella gastroenterostomia posteriore transmesocolica.

Prof. dott. ALDO CERNEZZI,
docente nella R. Università di Pavia
chirurgo direttore dell'Osp. civile di Saronno.

Nella seduta del 12 marzo 1919 della Società di Chirurgia di Parigi il prof. Pièrre Duval (1) ha messo in evidenza l'alto valore pratico di una manovra assai facile e comoda per mettere estesamente allo scoperto la faccia posteriore dello stomaco e per stabilirvi una anastomosi coll'intestino tenue, manovra che consiste nell'aprire la retrocavità degli epiploon lungo il bordo superiore del colon trasverso, compiendo poi entro detta cavità l'anastomosi colla prima ansa del tenue passata attraverso una breccia del mesocolon trasverso.

Questo semplicissimo artificio, nota il Duval, non si identifica, come a tutta prima sembrerebbe e come volle rilevare il Pauchet, col ben noto scollamento colo-epiploico che il Lardennois aveva già consigliato per la resezione del colon trasverso: la manovra del Lardennois consiste nel separare dal mesocolon il doppio foglietto peritoneale che costituisce il pavimento della retro cavità degli epiploon, lasciando quest'ultima ancor chiusa, mentre colla manovra del Duval si recide il doppio foglietto posteriore del grande epiploon lungo il bordo colico e si apre direttamente e per esteso la retrocavità.

Alcuni mesi dopo la comunicazione del Duval, nel settembre 1919, compariva nel *Journal de Chirurgie* (volume XV, n. 3, pag. 253) una estesa descrizione della tecnica della gastroenterostomia posteriore transmesocolica previo scollamento colo-epiploico per opera di un allievo del Duval, il Toupet, il quale avrebbe escogitato l'artificio in parola indipendentemente dal suo maestro, fin dal 1911.

Astraendo da ogni questione di priorità, sulla quale il Duval stesso non insiste, sta di fatto che l'ampiezza e comodità di accesso alla parete gastrica posteriore ottenuta con questo modo di procedere sono tali e di tanta utilità da farmi ritenere che tutti i colleghi, appena l'avranno anche una sola volta messo alla prova, riconosceranno subito che esso dirime ogni aprioristica riserva e merita la più larga applicazione.

Aperto l'addome, si estrinseca e si arrovescia in alto il grande epiploon e si incide con

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, anno 1919, n. 9 e 10.

leggeri tratti del bistori il doppio foglietto posteriore dell'epiploon lungo il bordo colico: si può anche scollare ottusamente con un batuffolo il grande epiploon dal colon trasverso e sfondare poi la tenue laminetta sierosa che chiude la retrocavità. Nell'un modo o nell'altro questa viene ampiamente aperta, reclinando frattanto il colon trasverso in basso; in pochi secondi si mette estesamente allo scoperto la parete gastrica posteriore in tutta la sua altezza e specialmente la zona dell'antro pilorico, sulla quale si ha tutto l'agio di scegliere opportunamente la sede sufficiente e adatta ad una buona anastomosi.

Riconosciuta colle solite norme l'ansa del tenue da anastomizzare, la si fa passare attraverso ad una breccia aperta nel mesocolon trasverso, traendola a contatto della parete posteriore dello stomaco e si pratica col bottone o colle suture, previa coprostasi, la anastomosi nel punto prescelto.

È perciò il tenue che in questa variante viene avvicinato allo stomaco, anzichè lo stomaco al tenue come nella tecnica consueta della gastroenterostomia posteriore, ed è perciò facile comprendere come l'affrontamento dei due organi riesca col nuovo procedimento ben più agevole, rapido ed esteso e come ne consegua una comodità ben maggiore nella esecuzione regolare delle suture.

Il poter facilmente disporre di tutta quanta l'altezza della parete gastrica consente d'altra parte, a chi la preferisce, di eseguire facilmente l'anastomosi in senso verticale e permette sempre una estesa fissazione dell'ansa intestinale.

Compiuta l'anastomosi, i margini della breccia mesocolica vengono fissati, dopo aver risollevato il colon, con qualche punto allo stomaco, e il grande epiploon viene semplicemente ribattuto sul colon trasverso senza che occorra di fissarvelo di nuovo: tutt'al più qualche punto può bastare a ristabilire con sicurezza i rapporti normali.

Io ho provata la variante descritta su quattro ammalati, di cui due operati per carcinoma piloro-gastrico e due per stenosi pilorica benigna: l'intervento è riuscito sempre assai spedito e facile (in una delle malate anche colla semplice anestesia locale) e la funzionalità della anastomosi si è dimostrata in tutti e quattro i casi perfettamente regolare. Come è mia abitudine, ho eseguito sempre la anastomosi con le suture, nella zona dell'antro e in vicinanza alla grande curvatura.

In tutti e quattro i casi ho preferito, trovandolo di una estrema facilità e speditezza, aprir la retro cavità direttamente: il recidere, mentre si tiene il grande epiploon sollevato e un po' teso perpendicolarmente, il suo doppio foglietto posteriore a qualche centimetro dal colon trasverso è affare di pochi secondi e di pochi leggeri tocchi del tagliente, senza che nemmeno occorra alcuna emostasi.

La parete gastrica è tanto largamente accessibile da potersene con comodità afferrare, quando si tema l'insorgere del vomito, un'ampia piega con una pinza del Novaro, così da avere le massime garanzie di asepsi. Ho pure avuto modo di fissare sempre per parecchi centimetri l'ansa del tenue allo stomaco con punti siero-sierosi al disopra dell'anastomosi.

Qualche incertezza potrebbe insorgere nelle prime prove circa il miglior modo di fissare i margini della breccia mesocolica, ad anastomosi compiuta, tanto più che, se colla tecnica classica della von Hacker può sembrar talora superfluo l'occuparsi di simile misura prudenziale, nella variante di Duval-Toupet mi pare invece sempre necessario di non trascurare questa fissazione, in quanto l'avere in quest'operazione allontanato alquanto il mesocolon dalla parete gastrica e l'aver stirato nella breccia mesocolica un'ansa di tenue anzichè una piega di stomaco potrebbe più facilmente predisporre ad uno strozzamento di quest'ansa, come è anche in realtà avvenuto in un caso del Toupet. Ho provato sul cadavere le varie modalità possibili, ma la più semplice e sicura mi sembrò ancora quella consueta della von Hacker, applicando i quattro punti classici, al disopra, al disotto, a destra ed a sinistra della stomia fra il contorno della breccia mesocolica e la sierosa gastrica, dopo aver risollevato il colon trasverso e ben ridotto in basso l'ansa di tenue anastomizzata. Fissare la breccia mesocolica a quest'ansa, pel discutibile vantaggio di isolare nella retro cavità la zona delle suture, come fa il Toupet, mi pare tuteli meno sicuramente da eventuali disturbi nella funzionalità della stomia. Ed io credo che nella variante di Duval-Toupet questa particolarità di tecnica meriti attenzione maggiore che nella classica von Hacker.

I vantaggi che rendono veramente utile e pratica la tecnica proposta da Duval e Toupet mi sembrano principalmente:

1° la possibilità di esporre largamente la parete posteriore dello stomaco così da potersene riconoscere comodamente la grande curvatura e la zona corrispondente all'antro pilorico e dare con sicurezza una esatta direzione e sede ad un'ampia anastomosi;

2° la possibilità di praticare l'anastomosi posteriore anche in taluni casi in cui la parete gastrica è ormai piuttosto fissata dalla avan-

zata diffusione di un neoplasma maligno, mentre colla tecnica comune la gastro-enterostomia posteriore riuscirebbe o impossibie o possibile soltanto a notevole distanza dal piloro;

3° la spiccata facilitazione del compimento delle suture, non occorrendo mai esercitare trazioni sulla parete gastrica, perchè è l'organo sano e mobile (tenue) che va verso l'organo malato e più o meno fisso (stomaco);

4° la possibilità di esplorare ampiamente la parete posteriore dello stomaco e di dedurne eventualmente particolari criteri curativi quando si intervenga per ulcera gastrica.

L'isteropessi col metodo Parlavecchio nella cura delle retrodeviazioni e del prolasso dell'utero. (1)

Prof. M. Ciulla.

Dopo la comunicazione fatta alla R. Accademia delle Scienze mediche di Palermo, nella seduta del 31 gennaio 1914, sopra un caso di prolasso uterino, operato con un nuovo metodo del prof. Parlavecchio, credo opportuno ritornare sull' argomento, presentando una numerosa statistica comprendente, oltre tutti i casi operati dal Parlavecchio, numerosi casi personali e di altri chirurgi, della Scuola. Credo necessario ritornare sull'argomento per dire quanto la più estesa esperienza del metodo ha insegnato, tanto più che il metodo iniziale è stato mano mano perfezionato.

Il metodo Parlavecchio si può riassumere come segue: Laparotomia mediana sottombellicale — Incisa la cute ed il cellulare sottocutaneo dall'ombellico al pube, si prepara un lembo aponevrotico mediano verticale, della larghezza di 2 ½ cm. e della lunghezza di circa 6 cm. costituito dalla linea alba e dalle parti adiacenti delle guaine dei muscoli retti.

Questo lembo rettangolare, avente la sua base d'impianto in corrispondenza del pube, si disseca assieme ai muscoli piramidali e, avvolto in garza, si ribatte sul pube: esso è destinato a servire da legamento sospensorio dell'utero.

Completata l'apertura mediana del ventre, si attrae l'utero e si stira fortemente in alto. È utile applicare un'ansa di grosso catgut alla base di ciascun legamento rotondo, come fa il Mazzoni, anse che servono benissimo come mezzo di trazione. Ciò fatto, il lembo aponevrotico si abbassa nella tasca vescico-uterina in modo che la sua faccia muscolare venga in contatto colla faccia posteriore della vescica, e la sua faccia anteriore si metta in contatto della faccia anteriore dell'utero. Il legamento aponevrotico deve essere suturato tra la faccia posteriore della vescica e la faccia anteriore dell'utero, in modo da abolire completamente la tasca vescico-uterina.

Tosto che il lembo aponevrotico è stato abbassato nello spazio vescico-uterino, si danno due punti di sutura in modo da fissarne il bordo libero alla parte più bassa dello spazio stesso: in questa maniera il lembo disteso resta come un sepimento che divide in due metà, una anteriore e l'altra posteriore, lo sfondato peritoneale vescico-uterino.

Messi questi due punti di posizione, si procede alle due suture continue, che debbono riunire da ciascun lato: vescica, legamento e faccia anteriore dell'utero. Queste due suture si eseguono dal basso verso l'alto e cioè dall'estremo del legamento verso la sua base.

Finite le due suture, si insinua l'indice dietro il legamento per controllare se la obbliterazione dello spazio tra vescica e legamento è completa: se per caso non lo fosse, si applica qualche altro punto.

Queste due suture debbono fissare alla faccia anteriore del legamento i 2/3 mediani dell'utero, lasciando perfettamente libero, ai fini di possibili gestazioni, il fondo di esso. Nella parte superiore la sutura deve essere eseguita circa 1 cm. al disotto della linea che passa per lo sbocco uterino delle trombe. Mano mano che si applicano i punti si vede che questi attirano l'utero in alto ed alla fine delle due suture il fondo dell'utero si trova ad un livello di circa 1 cm. ½ al disopra del pube.

Indi i due capi di ciascuna delle due anse alla Mazzoni si montano con grossi aghi, mediante i quali si fanno sporgere sulle guaine anteriori dei muscoli retti, facendo loro attraversare da dentro in fuori il peritoneo, il muscolo retto e la guaina aponevrotica: nel passare questi fili si deve stirare la guaina anteriore di ciascun muscolo retto verso la ferita laparotomica. Tale accorgimento è importante perchè, data la tendenza dell'aponevrosi a retrarsi verso l'esterno, se essa non si fissa nel modo anzidetto, ne riesce poi difficile la sutura, tanto più che esiste in essa una perdita di sostanza, che servì alla costruzione del lembo aponevrotico. Ora le due anse alla Mazzoni si annodano separatamente, senza stringerle troppo, per evitare che il catgut tagli le basi.

Si procede indi alla sutura del peritoneo parietale, avendo cura di chiuderne esatta-

---

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia delle Scienze mediche di Palermo nell'adunanza del 21 giugno 1919.

mente il tratto soprapubico in cui il lembo aponevrotico penetra nella cavità addominale. Dopo aver suturato i due muscoli retti e le rispettive aponevrosi, l'operazione viene completata con la sutura dei tegumenti.

Nei casi in cui esiste cistocele vaginale il prof. Parlavecchio, provvede contemporaneamente alla cistopessia addominale, la quale corregge completamente il cistocele vaginale. A tal uopo prima di suturare il lembo aponevrotico nella tasca vescico-uterina, pratica una incisione trasversale del peritoneo che ricopre il fondo della tasca. Questo punto si rende evidente, sotto forma di uno sperone peritoneale, coll' attirare la vescica verso il pube.

Aperta quest'asola peritoneale di circa 2 cm. si scolla, in via ottusa, la vescica dalle sue connessioni con il collo uterino e con il fornice vaginale anteriore, in modo da potere attirare in alto tutta quella porzione di essa, che costituiva appunto il cistocele vaginale.

Finito lo scollamento, che è facilissimo e che si pratica con la punta dell'indice, ed attirato in alto il bordo anteriore dell'asola peritoneale, questa, da trasversale che era, diventa sagittale e di forma triangolare con base alla portio uterina ed apice verso il pube.

Ciò fatto, si abbassa il legamento artificiale e si fissa con i due punti di posizione nel sito più profondo dello scollamento praticato, prendendo con i detti punti la muscolatura vescicale. Il resto dell'operazione si esegue come nel caso precedente.

Tale metodo ottempera a tutti i requisiti ai quali deve rispondere la isteropessi.

Il metodo, infatti, restituisce in maniera perfetta l'ortotesi dell'utero, al quale conserva la sua normale mobilità; evita formazioni di tasche o trappole d'incarceramento; non espone a pericoli superiori a quelli di una banale operazione laparotomica; dà le più grandi garenzie contro le recidive; non dà luogo a diminuzione della fecondabilità fisiologica o ad insorgenza di gravidanze ectopiche; nè può dar luogo a distocie.

Una rara ferita del cuore.

Dott. GENNARO CANDIDO
tenente colonnello medico R. Marina.

Sin dai tempi di Ippocrate e di Galeno le ferite del cuore furono considerate sempre mortali ed i feriti si abbandonarono a sè stessi anche quando sopravvissero per parecchi giorni, come nel caso di Müller (1641) in cui la morte avvenne sedici giorni dopo la ferita.

Oggi, per opera specialmente di valenti chirurgi italiani (Farina, Parrozzani, Parlavecchio, Fummi, Nicolai, Tuzzi, Ramoni, Rosa, Ninni, Giordano, Longo, Maselli, ecc.), possiamo registrare i primi interventi ed i primi successi di sutura delle ferite del cuore.

Per questo salutare risveglio, l'anatomia patologica viene in aiuto della clinica e con nuova lena riprende lo studio importantissimo delle ferite del cuore le quali presentano le più strane combinazioni circa il decorso, la sede, la direzione, l'estensione e via dicendo. Sono registrati casi in cui la lesione fu limitata al solo pericardio, ad un'arteria coronaria, al solo miocardio senza lesione del pericardio.

Jamain su 126 osservazioni ci ha dato il seguente quadro:

Ferite del ventricolo destro	43
Ferite del ventricolo sinistro . . .	28
Ferite dell'orecchietta destra . . .	8
Ferite dell'orecchietta sinistra. . .	2

Le lesioni eccezionali sono quelle del setto interventricolare, dei vasi coronari, dei due ventricoli e delle due orecchiette insieme, specie d'*embrochement du cœur*, come si esprimono con frase scultoria i francesi, appunto perchè il cuore sarebbe attraversato da parte a parte, come se fosse infilzato ad uno spiedo.

Una ferita veramente eccezionale e che per la sua rarità merita di esser descritta, è quella osservata da me, prodotta da un colpo di rivoltella esploso a bruciapelo, a scopo omicida.

Il proiettile, di calibro sette, penetra nel mediastino dalla parete toracica posteriore, regione mediana del dorso, in corrispondenza dell'apofisi trasversa della settima vertebra dorsale.

All'esame necroscopico si nota sulla parete posteriore del pericardio un piccolo foro a margini ustionati, irregolari; sulla superficie posteriore del ventricolo sinistro una ferita quasi identica, poco al disotto del solco coronario; sul setto interventricolare una ferita nella sua metà inferiore e sulla parete anteriore del ventricolo destro, una lacerazione del miocardio prodotta sempre dal proiettile che

urta come palla morta sul miocardio, lo lacera e senza avere la forza di attraversarlo, rimbalza e cade nella cavità del ventricolo stesso, dove fu da me rinvenuto.

Non credo si possa immaginare tragitto di proiettile più micidiale e nel tempo stesso una ferita del cuore più rara.

Il cuore rimane infilzato e ferito in tre parti, con la particolarità che la ferita del cuore destro è dovuta all'urto del proiettile come palla morta, che rimbalza e cade nella cavità del ventricolo.

La morte fu istantanea; il ferito cadde ed ebbe appena il tempo di balbettare qualche parola, pur essendo uomo robusto; tutti i soccorsi immediati riuscirono perfettamente inutili.

Questa gravissima ferita, a parte la sua rarità, si presta ad alcune importanti considerazioni anatomiche e fisiologiche. Dal punto di vista anatomico illustra i rapporti topografici del cuore rispetto alla colonna vertebrale.

Sappiamo infatti per gli studî del compianto prof. Giacomini che con un piano orizzontale tirato in corrispondenza del processo spinoso della quarta vertebra dorsale ed un altro a livello dell'apofisi spinosa dell'ottava si disegna la zona del tronco in cui il cuore è contenuto; la prima vertebra fu per ciò da lui chiamata *sopracardiaca* e l'altra vertebra del *mucrone*.

Il decorso del proiettile che penetrò in corrispondenza della settima vertebra dorsale e ferì il ventricolo sinistro poco al di sotto del solco coronario conferma i suddetti rapporti topografici del cuore.

Inoltre delle pareti cardiache l'anteriore appartiene quasi esclusivamente al ventricolo destro, mentre la posteriore appartiene per tre quinti al ventricolo sinistro. È per ciò che un'arma vulnerante qualunque, penetrante dalla parete toracica posteriore deve più facilmente ferire il ventricolo sinistro, come avvenne appunto nel caso in esame.

Parrebbe a prima vista che le ferite del centro della circolazione sanguigna dovessero produrre la morte sempre a causa di profuse emorragie interne o nel pericardio o nella pleura, viceversa con una ferita così grave io rinvenni poco sangue stravasato.

Fu intraveduto per la prima volta dal Morgagni (*De sedibus et causis morborum*) che le ferite del cuore producono la morte principalmente per la compressione che anche un leggiero emopericardio esercita sul cuore.

Gli studi del Morgagni furono continuati e confermati dal Frank (*Travaux du Laboratoire de Marey*) e dal suo allievo Lagrolet entrambi citati nel Trattato di Chirurgia di Duplay e Reclus. Essi hanno dimostrato che le orecchiette, compresse, impediscono al sangue di affluire al centro ed in breve non si contraggono più; la pressione si abbassa nel sistema arterioso ed aumenta nelle vene.

All'autopsia infatti io notai scarsa emorragia interna e forti congestioni da stasi in tutti gli organi interni.

Il decorso dunque veramente eccezionale del proiettile con una triplice ferita delle pareti cardiache e le considerazioni anatomo-fisiopatologiche dianzi esposte, sono a mio parere sufficienti per giustificare la pubblicazione di questo caso che servirà ad arricchire la letteratura delle ferite del cuore innanzi a cui oggi non resta più inerte la Chirurgia moderna che vanta già parecchi successi dopo averne audacemente praticata la sutura.

Lecce, 10 agosto 1920

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Respirazione « a valvola ».

(W. PFANNER. *Med. Klinick*, n. 48, 1920).

Le stenosi delle vie aeree possono essere causate da ostacoli rigidi, nel quel caso l'inspirazione e l'espirazione sono in egual misura difficoltate, oppure da ostacoli alterabili, che cioè prevalgono, per qualche meccanismo, o nella sola inspirazione o nella sola espirazione.

L'A. chiama la respirazione alterata in quest'ultimo modo, « respirazione a valvola ». Un polipo peduncolato del laringe p. es. può esser causa di « respirazione a valvola » inspiratoria se inserito al disopra della rima glottidis (la corrente d'aria inspirata spinge il tumore ad occludere la rima), espiratoria se inserito al disotto della rima glottidis (il tumore è spinto nella rima dall'aria espirata).

La « respirazione a valvola » produce dei danni gravissimi a tutto l'organismo, come l'autore ha dimostrato anche con esperienze su animali. Conigli e gatti, fatti respirare attraverso una cannula munita di una valvola conformata in modo da produrre una forte stenosi tracheale durante la sola espirazione, dopo qualche tempo presentano una respirazione fortemente dispnoica, rallentata, con contrazione intensa dei muscoli ausiliari inspiratori e spasmodica di quelli espiratori, e muoiono con dispnea e cianosi di alto grado. All'autopsia di questi animali si nota: enfisema polmonare ed interstiziale acuto gravissimo; enfisema del me-

diastino; in alcuni casi l'aria è penetrata tra le parti molli della parete toracica e del collo (enfisema degli interstizi muscolari, del sottocutaneo, del tessuto sottopleurico); in altri casi si è formato un pneumotorace uni- o bilaterale. Stasi venosa universale, cuore destro dilatato e pieno di sangue, cuore sinistro vuoto e contratto. Iperemia nei rami dell'arteria polmonare, stasi venosa intensa in tutti gli organi interni. Il meccanismo, per il quale la «respirazione a valvola» espiratoria produce queste gravi alterazioni polmonari, con consecutivi enfisema mediastinico e pneumotorace, e perturbamento della distribuzione del sangue in tutto l'organismo, è il seguente: Durante le inspirazioni normali o quasi, viene introdotta nei polmoni più aria di quanto possa venire espulsa con le espirazioni rese molto difficili dall'ostacolo valvolare. Ne risulta un senso soggettivo di dispnea, alla quale l'organismo cerca di rimediare rendendo più profonde le inspirazioni, ciò che non fa che aumentare la quantità dell'aria polmonare che non può, a causa dell'ostacolo, venire espulsa. Quest'aria perciò è sottoposta durante l'espirazione ad una pressione che aumenta ad ogni successivo atto inspiratorio, e che ogni espirazione riesce a diminuire di una frazione sempre minore; fino a che le oscillazioni di pressione nel cavo toracico si avvicinano allo zero. Allora subentra necessariamente l'asfissia.

L'aria polmonare sottoposta alle forti pressioni espiratorie, non potendo vuotarsi all'esterno si sposta nel polmone stesso. Essa si accumula nelle regioni sottoposte ad una minore pressione espiratoria (parti craniali negli animali). In queste regioni si forma un enfisema parenchimale prima, interstiziale poi; l'aria penetrata negli interstizi viene dalle espirazioni successive spinta verso l'ilo, verso il mediastino, tra le parti molli del collo e del torace. Dell'aria raccoltasi al disotto della pleura (enfisema sottopleurico) può raggiungere una tale pressione da romperla; ne risulta un pneumotorace. Questi disturbi polmonari sono la causa dei disturbi circolatori suddetti; il progressivo aumento della pressione dell'aria nei polmoni ischemizza sempre più questi organi; ne risulta un eccesso di lavoro per il cuore destro, che avrà per conseguenza l'ipertrofia di esso, se la «respirazione a valvola» espiratoria si è stabilita gradualmente, una dilatazione di esso e stasi venosa intensa in tutto l'organismo, se tale respirazione patologica è insorta acutamente. La nozione di questi gravi disturbi dovuti tutti a un prevalere permanente dell'inspirazione sull'espirazione, che quindi accompagnano soltanto le stenosi producenti una «respirazione a valvola» espiratoria è di grande importanza per l'interpretazione di vari stati patologici dell'uomo.

Nell'uomo la «respirazione a valvola» può insorgere in modo acuto o in modo cronico. Essa insorge in modo acuto, in seguito ad aspirazione di corpi estranei nelle vie aeree, corpi che vi rimangono mobili e vengono spinti dalle correnti d'aria ad oscillare tra la biforcazione della trachea e la rima glottidis. Il corpo estraneo, che spinto nell'inspirazione contro la biforcazione della trachea non ostacola che poco l'entrata dell'aria, va, durante l'espirazione ad occludere, più o meno completamente, la rima glottidis.

La «respirazione a valvola» può insorgere in modo più o meno acuto quando si formano nella trachea o nei bronchi delle membrane (difteriche) inserite per un tratto e libere nel resto della loro superficie. Di solito le alterazioni patologiche che provocano la «respirazione a valvola» si sviluppano però a poco a poco, di modo che sono scarse le manifestazioni morbose che tradiscono le alterazioni organiche provocate da tale tipo di respiro. Questi malati presentano enfisema polmonare, ipertrofia e dilatazione del cuore destro. In occasione di una fatica muscolare, per eseguire la quale il malato deve rendere più profonde le inspirazioni, la cronica stenosi a valvola può dar luogo ad un attacco improvviso di dispnea. Questi attacchi, molto simili a quelli dell'asma bronchiale, talvolta passano senza lasciare traccia, altre volte provocano in breve tempo la morte per asfissia. In questi ultimi casi l'autopsia rivela le identiche alterazioni patologiche osservate dall'autore negli animali sottoposti per esperienza alla «respirazione a valvola».

I processi patologici cronici che possono provocare una «respirazione a valvola» sono parecchi:

1° I tumori intratracheali ed intrabronchiali di natura neoplastica od infiammatoria. La stenosi che questi tumori provocano può essere più rilevante nell'espirazione che nell'inspirazione.

2° I tumori peritracheali (specialmente quelli situati nel cavo toracico e quelli racchiusi dall'apertura toracica superiore) e peribronchiali. Il meccanismo dell'azione valvolare è dovuto al fatto, che la pressione esercitata da tali tumori sulle vie aeree viene ad essere diminuita dalla dilatazione inspiratoria, aumentata dal restringimento espiratorio del torace. I tumori peritracheali situati nella sezione cer-

vicale della trachea producono una « respirazione a valvola » espiratoria se da essi la trachea viene incurvata a forma di S o se la parete tracheale anteriore o posteriore viene da essi spinta a sporgere nel lume.

La conoscenza dell'influenza esercitata da queste alterazioni patologiche delle vie aeree sulla respirazione porta una nuova luce in varî problemi ancora insoluti.

I. Nella patologia dei gozzi. Finora non si sapeva spiegare perchè in un ammalato di gozzo si sviluppino enfisema polmonare, ipertrofia del cuore destro, ecc. mentre ciò non avviene in un altro affetto da un gozzo apparentemente identico. Così pure, perchè un ammalato il cui gozzo provoca una stenosi tracheale lieve, vada facilmente soggetto a dei gravi attacchi dispnoici e asfittici, mentre altri ammalati, nei quali il gozzo ha determinato una stenosi tracheale ben più grave, hanno relativamente pochi disturbi. Secondo l'A. questa diversità di manifestazioni dipende dalla diversità della stenosi; nei casi accompagnati da disturbi scarsi si tratterebbe di stenosi rigida, in quelli caratterizzati da disturbi gravi di stenosi « a valvola ».

II. Nel problema della morte da gozzo. Alcuni ammalati di gozzo, che prima non presentavano notevoli disturbi, sono colti all'improvviso da un intenso accesso dispnoico che o scompare dopo un certo tempo o li uccide. All'autopsia non si trovano alterazioni della trachea tali da poter spiegare la morte per asfissia. L'A. attribuisce questi accessi dispnoici alla « respirazione a valvola ». I fenomeni gravi sarebbero determinati dall'approfondirsi delle inspirazioni, in seguito ad una causa qualsiasi. All'autopsia di tali casi egli ha constatato le stesse lesioni degli animali su cui ha esperimentato la « respirazione a valvola ».

III. Nel problema dell'asma timico e della morte timica. Un timo ingrandito, spinto durante l'espirazione verso l'apertura superiore del torace, può comprimere la trachea. Durante l'inspirazione il timo viene aspirato nel cavo toracico e non comprime quindi più la trachea. La « respirazione a valvola » espiratoria che ne risulta può dar luogo ad accessi dispnoici (asma timico) se per cause occasionali (suzione) le inspirazioni si fanno più profonde. L'approfondirsi degli atti del respiro rende più ampie le escursioni respiratorie del timo, che spinto durante l'espirazione verso l'apertura toracica superiore vi provoca una compressione sempre maggiore della trachea; la « respirazione a valvola » può determinare la morte del paziente (morte timica).

POLLITZER.

CHIRURGIA.

La diagnosi dei tumori delle meningi spinali e la sua importanza pratica.

(R. T. WILLIAMSON. Brit. Med. Journal, 21 agosto 1920).

La diagnosi e specialmente la diagnosi precoce dei tumori delle meningi spinali ha importanza pratica, perchè con una operazione precoce può in qualche caso essere ottenuta una guarigione completa o un considerevole miglioramento. I risultati operatorî definitivi nei tumori di tale sede sono molto migliori di quelli che si hanno nei tumori cerebrali.

W. Gowers consigliò l'operazione nei tumori delle meningi spinali fin dal 1886 e poco dopo ne fece operare con pieno successo un caso da Victor Horsley. Poco dopo altri ne furono operati da Mac Ewen e attualmente l'A. ha potuto racogliere dalla letteratura 86 casi nei quali l'operazione fu seguita da guarigione permanente e funzionale completa o quasi completa; e un numero molto maggiore avrebbe potuto contare se avesse usato una minore severità nel giudicare il grado del successo.

Riguardo alla malignità dei neoplasmi, fu trovato su 100 casi che 52 erano maligni, 48 benigni. Tra i primi i più frequenti erano sarcomi, fibrosarcomi e endoteliomi; tra i secondi i più frequenti furono fibromi, mixomi e psammomi.

Generalmente tutti i tumori, anche quelli maligni, presentarono uno sviluppo lento e dettero metastasi solo eccezionalmente. Per questo riguardo perciò la prognosi non deve essere considerata molto oscura e ancor meno oscura se si considera che l'espressione clinica di tumore comprende non solamente i neoplasmi veri, ma anche le cisti idatidee, le cisti meningitiche, le gomme e i conglomerati di tubercoli, i quali tutti, se estirpati, hanno prognosi favorevole.

La disamina delle statistiche ha infine insegnato che buoni risultati si sono avuti frequentemente anche in casi di veri tumori maligni; così che l'operazione è indicata anche per essi.

I sintomi di un tumore delle meningi spinali sono: dolori radicolari specie prima unilaterali e poi bilaterali, seguiti, dopo settimane o mesi, da segni di compressione midollare talora nella forma di paralisi di Brown-Séquard, più spesso in forma di paraparesi o di paraplegia.

Un punto di grande interesse è il comportamento dei riflessi.

Nello stadio precoce della paresi o della paralisi i riflessi possono essere normali e l'A. è inclinato a pensare che essi rimangono tali,

malgrado la paralisi, per un tempo molto più lungo che non nelle altre malattie spinali. Ha trovato che, anche dopo costituitasi la paraplegia, i riflessi patellari per un certo periodo erano normali e mancavano il clono del piede e il fenomeno di Babinski. In questo periodo la sensibilità può essere normale; poi va perduta la sensibilità alle vibrazioni, mentre le altre forme di sensibilità restano normali. Compare poi il segno di Babinski e il clono del piede. Si sviluppano, infine, tutti i segni della paraplegia spastica. In altri casi tutti i riflessi mancano e la paralisi è flaccida. Si sviluppa l'insensibilità per i contatti, per il dolore e per la temperatura e, più presto o più tardi, si paralizza la vescica e compare il decubito.

I sintomi radicolari e le paralisi non hanno tendenza a diffondersi in alto; col crescere del male aumentano semplicemente i gradi della lesione trasversa del midollo. Talvolta si trova dolore alla percussione di un'apofisi spinosa e possono esistere dolori spontanei al dorso un po' sotto il livello del tumore.

Il decorso tipico del male, con dolori radicolari all'inizio e successivamente con segni di lesione trasversa, non si constata sempre: i dolori radicolari possono mancare se il tumore comprime il midollo tra le radici spinali in un tratto, come nella regione dorsale, ove l'intervallo tra le radici è grande. In tali casi è importante per la diagnosi il modo di progredire della paraplegia: la paralisi cresce di intensità come lesione trasversa, ma non si estende in alto affatto o solo in grado limitato.

Nella pratica usuale i tumori delle meningi spinali vengono spesso misconosciuti, perchè la malattia è rara e non vien presa in considerazione tra le diagnosi differenziali. Ciò avviene specialmente negli stadi precoci del male quando i disturbi principali sono i dolori.

Possiamo studiare la diagnosi differenziale nei seguenti 3 gruppi di casi.

I. — *I dolori sono il segno principale e la paralisi non è ancora comparsa.* — In tali casi la diagnosi è molto difficile e spesso può essere fatta solo una diagnosi di probabilità. Sono spesso avvenute confusioni con calcolosi renali o epatiche, e con coliche intestinali. Altre volte la prima diagnosi fatta fu di nevralgia intercostale.

Si può esser guidati sulla giusta strada se i dolori sono bilaterali; se hanno sede nel territorio di poche radici e sono associati con una diminuzione della sensibilità cutanea esattamente limitata alla distribuzione di queste radici, mentre la tabe può certamente essere esclusa. In tali casi può essere giustificata una esplorazione operatoria.

Quando i dolori hanno sede nelle braccia, debbono esser presi in considerazione nella diagnosi differenziale la costa cervicale, la neurite brachiale primitiva, l'aneurisma o un tumore intratoracico.

L'esame coi raggi X rivelerà l'eventuale esistenza di una costa cervicale o di un aneurisma o di un tumore intratoracico; ma nella neurite, almeno a principio, la diagnosi è impossibile. Nella neurite il dolore è diffuso e non associato con paralisi, degenerazione dei muscoli, anestesia e alterazione dei riflessi. Ma la diagnosi di neurite diviene certa solo quando è avvenuta la guarigione. Se i sintomi radicolari avranno a principio i caratteri di una nevralgia brachiale, tanto più a lungo essi durano, tanto più probabile è la diagnosi di tumore meningeo iniziale.

Nei casi nei quali il dolore è dovuto a una costa cervicale, la localizzazione del dolore, la diminuita sensibilità nel territorio della prima radice dorsale, la degenerazione dei piccoli muscoli della mano e l'esame coi raggi X sono patognomonici.

La diagnosi differenziale con la sciatica può occasionalmente essere precocemente quasi impossibile; ma nei tumori meningei spinali (generalmente della regione della cauda equina) la sciatica è subito bilaterale e più tardi altri nervi vengono interessati oltre lo sciatico. Infine si sviluppano l'anestesia bilaterale e la paresi nella distribuzione dei nervi sacrali e lombari inferiori e la paralisi della vescica.

II. — *La paraplegia si è sviluppata dopo sintomi radicolari ben definiti.* — In questi casi è da considerare la diagnosi differenziale rispetto ad altre affezioni spinali che producono paraplegia.

Molto difficile è spesso la diagnosi rispetto ad affezioni sifilitiche poichè i sintomi nelle differenti forme di sifilide spinale sono molto varî. Una storia di pregressa sifilide, una reazione di Wassermann positiva, il risultato di una cura specifica, la coesistenza di lesioni specifiche certe in altri organi sono tutti dati in favore della natura sifilitica della lesione spinale, ma non danno alcuna certezza.

Generalmente nella mielite sifilitica acuta i sintomi radicolari sono assenti o lievi e la paraplegia si stabilisce rapidamente.

Nelle meningo-mieliti sifilitiche e nelle gomme meningee i dolori radicolari (specialmente nelle prime) sono distribuiti su una ampia zona e non limitati a uno o due segmenti spinali; la progressione dei sintomi non è continua e spesso si hanno periodi di peggioramento alternati con periodi di miglioramento.

In rari casi i sintomi di una gomma sono praticamente gli stessi di quelli di un tumore

meningeo: se tali casi resistono a un trattamento antisifilitico o se si stabiliscono sintomi gravi, l'operazione è giustificata.

Nella pachimengite spinale i dolori sono in genere bilaterali fin dal principio e hanno un'estensione verticale maggiore che nei tumori meningei. Un miglioramento spontaneo di lunga durata parla in favore di una pachimeningite.

Le meningiti spinali sierose circoscritte sono state frequentemente confuse con tumori delle meningi spinali; ma la prima ha poca tendenza alla progressione e i sintomi presentano grandi oscillazioni e una considerevole estensione verticale.

Facile è di solito la diagnosi rispetto alla mielite. In essa i dolori radicolari sono lievi o mancano del tutto e la paralisi si stabilisce rapidamente. Sintomi che indichino una estensione del male in senso verticale parlano in favore della mielite.

Nella carie spinale i dolori radicolari sono meno gravi e di più breve durata; i dolori e le paralisi sono quasi sempre bilaterali o tali divengono in breve tempo. Perciò dolori radicolari gravi e a lungo limitati a un sol lato parlano in favore di un tumore meningeo. Un dolore o una sensibilità dolorosa estesa sopra un certo numero di vertebre è più in favore di un tumore meningeo che di una carie; ma se il dolore cresce per la pressione esercitata sul capo o sulle spalle, o per effetto dei movimenti è più in favore della carie. La carie spesso è accompagnata da un gibbo ed è rivelabile con l'esame radiologico; altri segni di carie sono la rigidità della colonna, gli ascessi, la febbre, il deperimento generale e la sensibilità dolorosa di alcune vertebre ai contatti di una spugna bagnata di acqua calda.

Difficile è la diagnosi rispetto a un tumore proveniente dalle vertebre. Un tumore o una deformità della spina, un dolore che aumenta nei movimenti, una limitazione dei movimenti, se può essere esclusa la carie, parlano in favore di un neoplasma vertebrale. Una sensibilità alla pressione o alla percussione a livello del tumore può quasi sempre essere messo in evidenza nei tumori richidei; manca quasi sempre nei tumori meningei. Generalmente nei tumori vertebrali il paziente ha dolori spinali corrispondenti alle radici nervose affette. L'esame radiologico spesso mostra la sede del tumore. I tumori rachidei sono per lo più maligni e secondarî; nel midollo e nelle meningi invece le metastasi non avvengono quasi mai.

I sintomi di un tumore intramidollare sono quelli di una lesione spinale trasversa a decorso progressivo e i sintomi radicolari mancano quasi sempre. La perdita della sensibilità per il dolore e le temperature, mentre è conservata la sensibilità tattile, è in favore di un tumore intramidollare. La dagnosi è spesso molto difficile, ma, come osserva Oppenheim, i tumori che si sviluppano entro il canale midollare provengono per lo più dalle meningi e questo è specialmente vero per i tumori non maligni a lento sviluppo.

Nella diagnosi tra tumori meningei e siringomielia, glioma o gliosi intramidollare giovano i seguenti punti: i dolori radicolari mancano nelle gliosi; sintomi vasomotori e trofici nella pelle, nelle ossa e nelle articolazioni sono in favore delle gliosi.

Nelle gliosi il progredire del male avviene per l'estendersi dei sintomi in direzione verticale; nei tumori extramidollari la progressione avviene principalmente in senso trasversale. Se i sintomi rimangono lungamente quelli di una paralisi di Brown-Séquard o se i sintomi progrediscono molto lentamente o restano stazionari, questi punti sono in favore di una gliosi.

La diagnosi tra tumori meningei della coda equina e tumori intramidollari del cono terminale è molto difficile, ma i fieri dolori, la precedenza cronologica dei dolori sugli altri sintomi e l'anestesia asimmetrica sono punti in favore dei tumori della coda equina.

III. — *I segni radicolari sono incerti o mancano.* — Se i sintomi indicano che la lesione midollare è progressiva e trasversa, che la sua progressività avviene in senso trasversale, mentre il limite superiore della lesione resta stazionario o si estende poco, si è autorizzati a sospettare un tumore extramidollare.

La puntura lombare ha qualche volta messo in evidenza delle cellule neoplastiche. Il liquido giallo (xantocromia) è stato considerato come segno di tumore spinale, specialmente se associato con aumento di globulina e se le cellule non sono aumentate.

Segni di tubercolosi, di sifilide o di cisti idatidee in altre parti del corpo possono fornire qualche indicazione sulla natura del tumore. I sintomi delle cisti idatidee delle meningi spinali sono praticamente gli stessi di quelli dei tumori. La dimostrazione di cisti in altre parti del corpo rende probabile la supposizione che il tumore meningeo sia anch'esso di natura parassitaria. Notevole è che le cisti parassitarie sono quasi sempre extramidollari e per lo più anche extradurali. Esse sono particolarmente indicate per il trattamento operatorio. Tra 75 casi di tumori (in senso clinico) delle meningi spinali operati con successo, 10 erano cisti idatidee.

EGIDI.

SIEROLOGIA.

Ricerche sierodiagnostiche nel tifo petecchiale.

(G. SAMPIETRO. *Annali d'Igiene*, 1920, n. 10).

La reazione di Weil e Felix ha molto di enigmatico: non si riesce a comprendere perchè nel siero dei dermotifosi debba manifestarsi il potere agglutinante verso un germe banale, ubiquitario, un volgarissimo proteo, che nulla sicuramente ha da fare con l'eziologia dell'infezione.

Le ricerche del Sampietro vengono, ora, ad elucidare il mistero.

Sampietro rileva, anzitutto, che il siero dei dermotifosi possiede tutta una gamma di anticorpi: esso non si limita ad agglutinare alcuni stipiti di protei, ma si comporta allo stesso modo verso il bacillo di Eberth, il piocianeo, ecc.

Il potere agglutinante di questo siero è costante verso il proteo X 19 di Weil e Felix ma è anche marcatissimo verso uno stipite di piocianeo studiato dall'A. (nel 63 % dei casi).

La *poliagglutinazione* è dunque una proprietà caratteristica del siero dei dermotifosi.

Si tratta di vedere il perchè di questo potere agglutinante multiplo.

Secondo l'A., il virus dermotifoso attacca e lede di preferenza i tessuti emopoietici, che sono preposti ad elaborare con attività gli anticorpi e che perciò sono ricchi di recettori specifici svariati, prodotti in eccesso in seguito a malattie infettive dichiarate, ovvero a piccoli attacchi di malattie infettive per lo più rimasti del tutto inavvertiti, talvolta in seguito a vaccinazioni, ecc.

Questi recettori si trovano in equilibrio instabile, in uno stato che potrebbe dirsi *latente*, anche molto tempo dopo gli attacchi dai quali venne provocata la loro formazione, quando non ne vengono più immessi in circolo o solo in tracce.

L'aggressione compiuta dal virus esantematico sugli organi emopoietici, pone bruscamente in libertà questi recettori instabili: viene così a determinarsi un forte e rapido incremento di anticorpi nel siero dei dermotifosi.

Quanto alla presenza costante o frequente e copiosa di agglutinine verso qualche singolo stipite di proteo e di piocianeo (come il proteo X19 di Weil e Felix e il piocianeo di Sampietro), essa trova una spiegazione nella circostanza che si tratta di germi intestinali e che durante i disturbi della digestione (comuni in specie nell'infanzia), questi germi o le loro tossine attraversano con facilità le pareti alterate dell'intestino, penetrano in circolo e vanno a stimolare i tessuti emopoietici: ne segue una probabile produzione fugace di anticorpi liberi e l'instabilità durevole dei recettori corrispondenti, che poi l'infezione dermotifosa avrà cura di mettere improvvisamente in libertà.

***

La teoria formulata da Sampietro trova delle conferme attendibili in alcune ricerche dello stesso autore.

Per esempio, il siero di quei dermotifosi che erano stati vaccinati contro il tifo addominale, fornì una percentuale molto elevata di agglutinazioni positive verso il bacillo di Eberth (87 %); invece il siero dei dermotifosi che non avevano subito la vaccinazione, ne dette una molto inferiore (21 %); i vaccinati che non subirono il dermotifo, presentarono anch'essi una scarsa percentuale di reazioni positive.

Possiamo dedurne che la vaccinazione contro il tifo addominale ha creato o aumentato l'instabilità dei recettori agglutinogeni specifici, i quali dopo qualche tempo, nella generalità dei casi, non vengono più immessi in circolo e quindi non determinano più agglutinazione specifica, ma che vengono posti facilmente in libertà dall'aggressione del tifo esantematico.

Ci si spiega allo stesso modo perchè nelle località ove domina l'infezione melitense si riscontrino spesso, nel siero dei dermotifosi, le agglutinine per il micrococco di Bruce, le quali invece mancarono o quasi nei prigionieri di guerra studiati dall'A. e dal Ficai, provenienti da località indenni dall'infezione melitense.

Un'altra conferma ci è data dalla prova dell'assorbimento delle agglutinine — la così detta prova di Castellani. Le agglutinine dei vari germi si dimostrarono, con questo mezzo, quasi tutte indipendenti le une dalle altre: non si trattava dunque di coagglutinine, le quali agiscono su due o più germi contemporaneamente. Si deve dedurne che le agglutinine dei dermotifosi vengono elaborate per azione d'infezioni multiple, sotto stimoli indipendenti: l'attacco di dermotifo le fa poi immettere globalmente in circolo.

Nella letteratura medica si trovano qua e là — *more solito* — degli accenni a questa concezione; ma, come si è visto, l'A. ne formula una teoria organica e suggestiva, sotto ogni riguardo soddisfacente; di più, egli la sussidia di dati nuovi.

***

Accanto alle ricerche fondamentali di cui abbiamo parlato, ne sono consegnate altre collaterali e sussidiarie nel lavoro che recensioniamo.

Per esempio, venne riscontrata positiva dall'A. la reazione per il proteo X19 in un certo numero d'individui normali e, più ancora, di eberthiani (5,5 % e 18 % dei casi rispettivamente), ma solo a forte concentrazione, non mai in rapporto superiore a 1:100.

Sotto il riguardo diagnostico, volendo ovviare gli errori eventuali, si deve dunque partire da questo limite inferiore per affermare positiva la reazione: essa risulta allora positiva costantemente, ma non precocemente.

La persistenza delle agglutinine per il proteo X19 dopo un attacco di tifo esantematico, varia da un soggetto all'altro, ma non supera mai i 4 mesi ed è in media di 2. La persistenza è in rapporto approssimativo diretto con la concentrazione raggiunta.

Il limite superiore del potere agglutinante segue delle curve ad andamento vario, in cui l'A. distingue tre tipi. Interessa notare che alle volte si osservano cadute improvvise ma fugaci della reazione, verso l'inizio e il declino della curva. L'andamento delle curve d'agglutinazione è utile a seguire quando coesistono l'agglutinazione per il proteo X19 e per il bacillo di Eberth, allo scopo di descriminare i casi di infezione semplice da quelli d'infezione mista.

Notiamo ancora che la reazione di Weltmann (precipitazione del siero diluito al decimo con acqua distillata) fu positiva 7 volse su 32 casi; che la Wassermann dimostrò talvolta qualche ritardo nell'emolisi; che il siero di vaiolosi, dette talvolta reazione positiva per il bacillo di Eberth, non mai per il proteo X19.

L. V.

Osservazioni sierologiche nel tifo petecchiale.

(G. FICAI, *Annali d'Igiene*, 1920, n. 7).

L' A. riferisce alcune osservazioni compiute sul siero di malati di tifo esantematico. Nel 45,50 % dei casi studiati, le agglutinine per il proteo X19 comparvero entro i primi cinque giorni di malattia, mentre in alcuni pochi casi furono constatate solo assai più tardi. Nel siero dei dermotifosi l'A. riscontrò pure, in un numero limitato di casi, agglutinine per il bacillo del tifo e per i bacilli paratifici e l'agglutinazione che compariva solo a un determinato periodo della malattia, scompariva del tutto dopo la guarigione. In numerose prove eseguite nel sangue di ammalati di ileotifo l'A. non riscontrò mai positiva l'agglutinazione per il proteo X 19 anche a tasso bassissimo.

Mentre Nicolle e Comte a Tunisi, dove per altro è assai frequente la febbre di Malta, trovarono che il sangue di dermotifosi agglutinava il micrococco melitense nel 65 % dei casi; Ficai riscontrò tale agglutinazione positiva solo nel 16.6 % dei casi, e sempre a titolo inferiore all' 1 %. La reazione di Wassermann dimostrò un certo parallelismo con la Weil-Felix, divenendo nel corso della malattia, ma in un numero limitato di casi, da negativa positiva, per ritornare negativa dopo la guarigione.

L'A. ha cercato di isolare il proteo dal sangue e dalle urine di ammalati di tifo esantematico, ma le culture del sangue furono sempre negative, e solo una volta dalle urine, con il metodo delle culture rampicanti, seminando l'urina nell'acqua di condensazione dell'agar con aggiunta di siero agglutinante, riuscì ad isolare un proteo che potè identificare con il proteo X19.

Avendo occasione di poter studiare un grande numero di individui che non avevano presentato sintomi clinici di dermotifo, ma che erano alloggiati in una caserma dove erasi verificato il maggior numero di colpiti da tifo esantematico, trovò la reazione di Weil-Felix positiva in 42 casi su 388, all'1:10 e in 38 casi dall'1:50 all'1:100. Per questi ultimi, che non avevano in precedenza sofferto di dermotifo, l'A. pensa che si potesse trattare di una forma ambulatoria di tifo esantematico. Ciò dimostra la necessità di esaminare il sangue delle persone raccolte in una qualsiasi collettività, durante un'epidemia di tifo esantematico, affinchè il rinvenimento di portatori sani del virus, permetta una più completa e rigorosa applicazione delle misure profilattiche.

Nonostante il complesso delle reazioni immunitarie che si manifesta nel siero di ammalati di dermotifo, la reazione di Weil-Felix giustamente interpretata e con le dovute cautele offre un valido elemento diagnostico.

TRENTI.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Dell'amenorrea accidentale.

(PAOLO DALCHÉ. *Gazette des Hôpitaux*, n. 60, 1920).

Io chiedo il permesso al *Policlinico* di dilungarmi un po' più del consueto in questa recensione. Vi sono nei giornali medici di tutti i paesi dei lavori utili e dei lavori inutili, dei lavori interessanti e dei lavori noiosi. Ma un genere non si trova che assai raramente, il genere comico, esilarante e... confortante; sì, perchè è confortante per il nostro paese, scientificamente vilipeso, vedere che all'estero si è capaci di scrivere cose che nessuno di noi scriverebbe.

L'amenorrea accidentale sarebbe dunque, secondo il signor Dalché, quella causata « dal freddo, dai traumi e dalle emozioni »; bontà sua, non riconosce menomamente i traumi come vera causa, e fa dipendere le amenorree che ne seguono dall'emozione concomitante. Che freddo ed emozioni poi possano *in casi eccezionali* essere occasione allo stabilirsi di una amenorrea, questo c'è in tutti i trattati. I quali trattati, anche quelli grossi, si limitano a questa affermazione e tirano via. Possibile che la cosa sia così frequente?

Ma il signor Dalché ha delle osservazioni sue e ne riporta qualcuna quale paradigma. Vale la pena di riferirle:

1° Azione del freddo: Una ragazza casca in acqua nell'epoca mestruale. La mestruazione scompare e non ritorna più. Più tardi muore delle conseguenze di un fibroma.

2° L'emozione: Una bomba scoppia presso la casa di una giovane fiorente mestruata. La mestruazione si arresta e la giovane diviene agitata. La si porta all'ospedale e due settimane dopo muore di meningite tubercolare. L'amenorrea brusca coi disordini che ha potuto provocare nell'organismo, ha dovuto essere un fattore non trascurabile di questa localizzazione.

Ecco ora, sempre per l'emozione, un caso di amenorrea con grave cefalea: In seguito all'annuncio della morte del marito, brusca soppressione della mestruazione e contemporaneamente cefalea intensissima. Ricovera all'ospedale. Aggravamento della cefalea, con vomito, nelle epoche delle mestruazioni mancanti. L'oculista trova papilla da stasi. Si discute dell'opportunità dell'operazione per tumore cerebrale. Ma l'ammalata scappa dall'ospedale, appena fuori è guarita e rimane subito incinta. L'autore conclude però: Le cefalee di origine genitale non decorrono tutte così felicemente. Alcune persistono indefinitamente, alcune altre, cominciate come una semplice emicrania, possono aggravarsi al punto *da imporre la trapanazione e da avere un risultato fatale* ». Alla larga!

Non aggiungo troppi commenti a questi casi. Un infermiere dei nostri ospedali userebbe più critica, specialmente nel valutare il dato anamnestico determinante la sindrome.

Ma vale la pena di riferire ciò che l'A. racconta delle « conseguenze e complicazioni » dell'amenorrea accidentale. Li traduco. Udite!

« 1° Se il sistema genitale è sano, un'ame-
« norrea accidentale può essere seguita da con-
« gestione uterina, da scolo leucorroico, senza
« altre conseguenze spiacevoli. Ma se le vie ge-
« nitali erano prima infette, possono soprag-
« giungere una metrite acuta o una salpingite
« dovuta a infezione secondaria. Talvolta non
« c'è infezione, ma, fatto molto interessante,
« un'annessite non infettiva, non infiammato-
« ria. Si produce una congestione dell'ovaia o
« della tromba, di cui la prognosi è affatto dif-
« ferente ». Vi piace eh, l'annessite non infiammatoria? Ma ora viene il bello:

« 2° Dal lato dello stato generale e degli or-
« gani lontani si possono osservare le conse-
« guenze più diverse e le complicazioni più
« gravi: mestruazioni supplementari e deviate,
« angine, corizze, congiuntiviti, dermatosi; con-
« gestioni epatiche, ittero mestruale talvolta
« assai ribelle (Senator); tachicardia con sin-
« drome basedowiana; attacchi di flussione sui
« polmoni, bronchite, congestioni polmonari e
« polmoniti, come noi abbiamo recentemente
« osservato in una donna che fu colpita da pol-
« monite con complicazioni cardiache ». E così
« via.

« Ma le complicazioni più curiose e più gravi
« si osservano da parte del sistema nervoso.
« Sono delle congestioni cerebrali, delle emor-
« ragie cerebrali o meningee, delle meningiti
« e pseudomeningiti isteriche, delle paraplegie
« dolorose, delle ematomielie, del delirio, della
« manìa, dell'epilessia e tutta la sequela delle
« turbe nervose: nevrastenia, psicastenia, ne-
« vrosi d'angoscia, ecc. ».

Avviso ai trattatisti di medicina interna: Mettere oramai l'amenorrea fra le cause della polmonite, della meningite, dell'emorragia cerebrale, dell'ematomielia, ecc. ecc.

Io spero che il lettore avrà riso abbastanza. Ma se vuol divertirsi come poche volte accade, legga l'articolo, come ha fatto il sottoscritto, in un crocchio di colleghi, dopo il pranzo. Fa digerire.

BOLAFFIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

E. LEREDDE: *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis.* — Parigi, A. Maloine, 1921. Prezzo Fr. 32.

È la seconda edizione d'un'opera che destò al suo primo apparire violente opposizioni e discordi giudizi: epperò dal fatto che in tre soli anni se n'è esaurita la prima edizione, dobbiamo pur arguire che le idee secessioniste dell'Autore hanno fatto strada.

Arsenobenzolista ad oltranza, il Leredde prosegue nello sviluppo della sua teoria terapeutica e sviscera in ogni dettaglio, il meccanismo d'azione del rimedio, dell'innocuità del quale ha un'opinione alquanto stridente cogli inconvenienti che proprio in questi ultimi mesi vengono da più parti lamentati con un impressionante inspiegabile crescendo.

La prima parte del volume è dedicata alla diagnosi etiologica della sifilide ed ai problemi generali connessi all'infezione; seguono brevi cenni nosografici, diagnostici e pronostici. Sono poi ampiamente studiate le sostanze terapeutiche nel loro meccanismo d'azione, negli effetti curativi, nella tossicità e nel modo di rimediarvi. Seguono capitoli sulla sterilizzazione mediante gli arsenobenzoli sia nel periodo iniziale, sia nel corso dell'infezione generalizzata; e sono qui da notarsi i paragrafi sulle varie forme di sifilide nervosa, compresavi la tabe e la paralisi progressiva e le norme di terapia antisifilitica nella donna incinta e nel neonato.

Chiude il volume un'ampia discussione dei problemi igienici connessi con la sifilide, che culmina nell'attuazione di dispensari profilattici, secondo il concetto del Fournier, ma imperniati sulle cure arsenobenzoliche.

RUSCA.

C. MARTELLI: *Le sindromi strane della sifilide latente e tardiva.* — Tip. Ruggiano, Napoli, 1920. — L. 10.

L'A. riunisce in questo volume una serie di osservazioni personali, che egli raccoglie sotto il nome di « Sindromi strane della sifilide latente e tardiva ». Sono sindromi febbrili, gastrointestinali, broncopolmonari, cardiovascolari, osteomuscolari, urogenitali, nervose, non nuove nella letteratura medica, sindromi note in verità anche ai clinici non moderni, non più rare nè strane dacchè i mezzi serodiagnostici, radioscopici e l'indagine microscopica si sono aggiunti ad utile controllo delle diagnosi cliniche, accanto ai perfezionamenti della terapia.

Il polimorfismo della sifilide nelle affezioni degli organi interni trova un adeguato specchio nelle citazioni e nelle osservazioni cliniche dell'A., se pure non sempre convincenti.

Libro utile a quei pratici i quali abbiano un concetto della sifilide come di una malattia stilizzata; ma libro forse pericoloso per gli entusiasti, che potrebbero, come putroppo non raramente è avvenuto, esagerare gli intenti che l'A. si è proposto.

t. p.

D'AMATO VINCENZO: *La sifilide: sua guarigione con le nuove cure perfezionate - Le malattie veneree.* Due volumi in-8 di pag. 332 e 262 con figure: rilegati in uno solo. — Presso l'Autore: Roma, via C. Battisti, 133. — Prezzo, L. 60.

Il dilagare della sifilide e delle malattie veneree è dovuto in gran parte all'ignoranza ed al segreto da cui sono circondate. È quindi sempre vivamente sentita la necessità che le cognizioni in proposito vengano diffuse quanto più largamente si può tra i medici come tra i profani. A tale scopo risponde questo libro che spiega chiaramente ai profani il meccanismo dell'infezione, gli stadî, le forme cliniche, la cura. La forma piana non è un ostacolo a rendere accetta l'opera anche al medico, che troverà in essa molte cognizioni utili e consigli pratici; da citarsi, p. e., il capitolo sulle iniezioni endovenose degli arsenobenzoli, che spiega le modalità della cura, i possibili incidenti, il modo di evitarli. Anche lo studente in medicina troverà nel libro un'efficace preparazione allo studio più completo della sifilografia.

fil.

C. FERMI: *Sugli anofeli e sulla malaria in relazione ai risanamenti antianofelo-malarici.* Esperienze, studi e considerazioni. Supplemento agli « Annali d'Igiene », anno XXX, 1 fasc. in-8, di pag. 155. — Roma, 1920.

L'A. tratta una lunga serie (130) di argomenti, frutto di esperienze e di studi, riguardanti specialmente la biologia degli anofeli in rapporto alla malaria, portando un contributo alla risoluzione del problema riguardante i risanamenti malarici a mezzo della lotta antianofelica.

Diversi dei 130 capitoli costituiscono, come dichiara lo stesso A., soltanto delle note sintetiche preliminari.

Non essendo possibile dare un'idea del contenuto dei numerosi capitoli e neppure riportarne i soli titoli, perchè occupano 9 pagine di stampa, ci limiteremo ad accennare alle parti di questa monografia.

Il lavoro è distribuito in quattro parti.

Parte prima. — Quesiti riguardanti la morfologia e la biologia delle anofeline e delle culicine in generale. Comprende 5 diversi capitoli.

Parte seconda. — Ricerche ed osservazioni riguardanti specialmente la teoria anofelo-malarica, comprendente 11 capitoli, nei quali vengono trattati argomenti notevoli, come: « È impossibile l'esistenza di una forma speciale, invisibile, filtrante del parassita malarico nel corpo degli anofeli infetti ed infettanti? »; « È impossibile l'esistenza di una forma invisibile, filtrante, infettante nel sangue dei malarici? »; « Esiste e come si spiega la malaria nei luoghi disabitati? »; « Gli anofeli possono infettarsi pungendo degli animali eterotermi e dei vegetali? »; « Come si spiega l'anofelismo senza malaria? », ecc.

Parte terza. — Ricerche ed osservazioni riguardanti specialmente gli stadi idrici degli anofeli e la disanofelizzazione idrica. Questa parte comprende 74 argomenti coi quali l'A. porta un contributo, frutto di lunghe esperienze, alla disanofelizzazione idrica mediante la piccola bonifica ed i vari sistemi di disinfestione.

Parte quarta. — Ricerche ed osservazioni riguardanti particolarmente gli anofeli alati e la disanofelizzazione aerea. Questa quarta parte comprende 39 argomenti, nei quali l'A. tratta specialmente il problema della disanofelizzazione aerea invernale e primaverile-estivo-autunnale, in rapporto al risanamento antimalarico.

A queste quattro parti fa seguito un'appendice riguardante la cura prerecidivale da iniziarsi al primo sintomo prodromico dell'accesso malarico.

I 130 capitoli, di cui consta il lavoro, interesseranno i malariologi, gli ingegneri e tutti coloro che si occupano e s'interessano di risanamenti antimalarici. A. S.

TRIFILETTI EDUARDO: *Guida pratica per i vigili sanitari comunali.* III ediz. Un vol. di 62 pagine. — E. Pietrocola, ed., Napoli. — L. 2.

L'A., che è vigile sanitario di Foggia, ha compendiato in questo volumetto le disposizioni delle leggi, regolamenti, ecc., riguardanti l'attività del vigile sanitario, e quindi particolarmente quelle sulla insalubrità del suolo e dell'abitato e sulla vigilanza degli alimenti e bevande. Vi sono inoltre le norme sul prelevamento dei campioni di sostanze alimentari a scopo di analisi, schemi e moduli di verbali che possono riuscire utili nella pratica giornaliera. *l. b.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta ordinaria del 27 aprile 1920

Intorno alla possibilità di limitare mediante la percussione digitale di media forza il confine caudale delle appendici auricolari del cuore.

C. MINERBI. — Il confine caudale di ciascuna auricola è riconoscibile alla percussione d'alto in basso lungo la linea marginale dello sterno, per il subitaneo passaggio ad un'area di suono percussorio assai più ottuso spettante al segmento caudalmente contiguo del viscere.

La determinazione del confine caudale delle auricole offre importanza clinica, poichè permette di riconoscere se le reazioni di tonicità di esse, saggiate con opportuni processi di ricerca, siano, oltrechè stabili, complete: contegno che è indizio di capacità funzionale lodevole del miocardio.

Il segno dei prolabii nella encefalite letargica.

C. MINERBI. — In tre casi su 24 di encefalite letargica osservati ha constatato un particolare aspetto dei prolabii, quale non ricorda avere visto mai.

I prolabii erano turgidi non screpolati, e presentavano un'apparenza bianchiccia polverulenta come quella di un frutto candito, per una minuta, fitta, secca desquamazione furfuracea. La lingua, le gengive e la mucosa orale non erano aride, nè fuligginose. Si trattava di casi gravi. Due morirono.

Un caso interessante di paralisi del radiale da frattura dell'omero.

G. BOSCHI. — Presenta un caso di paralisi del radiale da frattura dell'omero, datante da quattro mesi. Le reazioni elettriche, mostrate dall'O. seduta stante, han cominciato a restaurarsi nei muscoli prossimali. Da alcuni giorni si è ripristinata la motilità volontaria in tutto l'ambito. L'O. diagnostica: interruzione del nervo in via di riparazione.

MARRASSINI. — Chiede all'O. se, per avventura, la ripresa funzionale nell'ambito del radiale non possa ritenersi dovuta a quelle innervazioni collaterali che si sono palesate così frequenti nei nervi plessulari.

LUZZATTO. — A proposito di reazioni elettriche, domanda all'O. se anche a lui, come gli è occorso, sia capitato frequentemente di osservare la coesistenza di reattività faradica e lentezza di contrazione.

CAVAZZANI. — Chiede ragguagli dettagliati sui primi fenomeni che accompagnarono la frattura (stravaso sanguigno), pensando che la causa dei disturbi del radiale potesse essere una compressione, della quale può esser proprio lasciar passare lo stimolo fisiologico (volontario) e non quello artificiale (elettrico).

BOSCHI. — Risponde confermando la sua interpretazione.

Sulla cura delle suppurazioni fetide con l'Arsenobenzolo.

G. BERNARDI. — Riporta 4 casi personali tutti curati unicamente con iniezioni endomuscolari o endovenose di arsenobenzolo; in tre, in cui trattasi di individui giovani ed a processo grangrenoso iniziale, vi fu miglioramento immediato locale e generale e guarigione in breve tempo.

Nel quarto, in cui trattavasi d'individuo vecchio e a processo gangrenoso avanzato, dopo un fugace miglioramento, sopravvenne la morte.

Secondo l'O., risulterebbe quindi una reale efficacia del metodo nelle suppurazioni fetide del polmone dovuta all'azione spirillicida dell'arsenobenzolo constatata nei diversi esami dell'escreato da esso praticati, ed i risultati sarebbero tanto più notevoli quanto più precoce è l'intervento.

Seduta ordinaria del 1° giugno 1920.

Contributo alla topografia fascicolare dello sciatico popliteo esterno in un caso di lesione isolata del nervo muscolo-cutaneo in prossimità del collo del perone.

G. PERRONE e G. TANFANI. — Queste ricerche dimostrano che le fibre destinate a costituire il n. muscolo-cutaneo dello sc. popl. esterno devono compiere, in rapporto coll'aggiramento intorno all'asse dell'arto a livello del ginocchio, un movimento di torsione intorno all'asse nerveo; per cui le fibre stesse, mediali alla coscia (nella compagine delle fibre destinate allo sciatico popl. est.) (Putti), divengono posteriori al cavo popliteo (Stoffel) e postero-esterne più in basso, e subito al di sopra della biforcazione dello sciatico popliteo esterno.

Le ricerche furono accuratamente praticate mediante la stimolazione bipolare faradica del tronco nervoso allo scoperto durante l'intervento operatorio.

LUZZATTO. — Esprime l'indicazione che, accanto a tali ricerche di indole fisiologica, avrebbero ricerche anatomiche, praticate mediante sezioni seriali e provocando degenerazioni secondarie di fasci.

MINERBI. — Rileva che ciò non si presterebbe ad ovviare sufficientemente al più grave ostacolo alla ricerca, costituito dalla eventuale torsione artificiale del nervo durante la indagine.

Lesioni paralitiche dello sciatico da iniezioni di chinino (loro distribuzione e loro natura).

G. TANFANI. — Tre casi dove le caratteristiche erano date: dalla prevalente interessenza delle fibre dello sciatico popliteo esterno, e dalla prevalenza di fatti distruttivi sui fatti irritativi (paralisi prevalente sul dolore, anche nella interessenza dello scial. popl. interno).

Questi due ordini di fatti trovano spiegazione: il primo in ragioni di topografia fascicolare, essendo le fibre dello sciatico popl. esterno, nella compagine del gr. sciatico, più superficiali: il secondo nella qualità distruttiva della azione di analgesici come il chinino.

L'A. coglie l'occasione per richiamare ai canoni della buona tecnica la pratica delle iniezioni muscolari nella regione glutea, onde evitare conseguenze così spiacevoli: infiggere l'ago al disopra della linea orizzontale che passa per il bordo superiore del grande trocantere, e dirigendo l'ago un po' obliquamente dal basso verso l'alto.

Lesioni nervose da influenza.

G. TANFANI. — Osservazioni fatte nel Centro Neurologico di Bari. In tre casi si tratta di lesioni periferiche a tipo neuritico, nei quali era interessante notare la unilateralità o asimmetria dell'alterazione e, in un caso, la localizzazione alla radice anzichè alla estremità distale dell'arto.

Inoltre l'O. nota la corrispondenza fra sede della alterazione viscerale nell'ambito pure del torace; e pensa, a spiegare la compartecipazione nervosa, a una reazione vagotonica implicante gli stessi metameri.

Il Prof. BOSCHI aggiunge il riferimento di altri due casi, da lui osservati successivamente, nei quali v'erano stati fenomeni spiccati a carico di visceri addominali (anoressia cospicua e insistente, nausea, vomito, stipsi ostinata), nei quali insorse una nevralgia parestesica, durata alcuni mesi in uno, alcune settimane nell'altro.

LUZZATTO. — Esprime i suoi dubbi sulla metameria delle distribuzioni morbose; e riferisce di aver trovato poco rispondenti al suo controllo le zone sensitive simpatiche indicate da Head.

BOSCHI. — Soggiunge di essere personalmente poco entusiasta della distinzione delle sindromi in *vagotoniche e simpaticotoniche*, riscontrando che, di norma, segni singoli dell'una e dell'altra costumano esser variamente commisti.

In che consistono veramente il «cappuccio sinistro» di Grocco e il «riflesso oculo-miocardio-tonico» e come accade che possono sottrarsi all'indagine radiologica.

C. MINERBI. — 1. Il «cappuccio sinistro» di Grocco e il «riflesso oculo-miocardiotonico» sono fenomeni in senso inverso, ma della stessa natura, il primo stabile, il secondo transitorio, determinati quello da una dilatazione, questo da una retrazione dell'auricola corrispondente.

2. Tali modificazioni interessano quasi esclusivamente la dimensione sagittale dell'auricola.

a) per il riflesso oculo-miocardiotonico la estremità anteriore dell'appendice auricolare, pur restando sensibilmente immutata la sua ampiezza secondo un piano frontale, si allontana in profondità dalla parete toracica anternore, determinando un aumento di sonorità percussoria per l'accresciuto spessore dello strato di polmone superficialmente situato.

b) Per il «cappuccio sinistro» di Grocco, l'auricola sinistra dilatandosi, si avvicina colla sua estremità frontale alla parete toracica anteriore, determinando un corrispondente smorzamento della chiarezza percussoria.

Questo contegno dell'appendice auricolare dipende in primo luogo dalla lunghezza assai maggiore delle fibre longitudinali, di cui l'auricola è intessuta, in confronto di quella, delle fibre circolari — condizione che permette alle fibre longitudinali una retrazione *assoluta*, all'incirca quadrupla di quella delle fibre circolari —; in secondo luogo dalla situazione dell'uno e dell'altro ordine di fibre nello spazio, e dalla conseguente diversità di rapporti della rispettiva proiezione di esse verso un piano frontale.

3. I suddescritti reperti sono in grado di simulare sia un restringimento, sia rispettivamente un ampliamento dell'area frontale dell'auricola in esame: si tratta qui di una vera apparenza, mediante la quale si manifestano le modificazioni di volume dell'auricola in senso esclusivamente sagittale. A cagione di quest'ultima condizione di fatto, le descritte modificazioni non possono essere rivelate nè dalla esplorazione radiologica, nè dalla percussione assai forte, per i quali mezzi d'indagine i diametri frontali dell'area dell'appendice auricolare esaminate, vengono riscontrati immutati.

L'ipotesi or ora enunciata chiarisce perfettamente e sensibilmente tutte le modalità del fenomeno.

4. Ne consegue che le modificazioni del contegno delle auricole, sia provocate con opportuni artifizi, sia suscitate da processi morbosi, restano riconoscibili soltanto alla percussione di media forza; ciò che non menoma nè la loro importanza fisiologica e fisio-patologica, nè la portata delle loro applicazioni cliniche.

Sul decorso della recidiva del tifo in soggetti vaccinati.

G. GIOVANNINI. — Ha limitato il suo esame allo studio comparativo delle tabelle termografiche di 11 recidive accertate, desumendone talune importanti osservazioni di indole pratica:

1° Mortalità nulla.

2° Frequenza verso il 5 per cento.

3° Forma, generalmente, benigna e mite.

4° Durata abbreviata dai 9 ai 12 giorni; eccezionalmente dai 15 ai 27, specie nelle insorgenze precoci (prima settimana di apiressia).

5° Epoca di insorgenza generalmente tra il 15° ed il 20° giorno di apiressia. Rara nei primi 7 giorni.

6° Modo di declinazione. — Regolarmente per lisi, come regolarmente è rapida e violenta l'insorgenza: eccezionalmente per crisi dove eccezionalmente lenta e graduale ne è l'insorgenza.

Risulterebbe così che le recidive nei vaccinati seguono nel loro presentarsi e declinare determinate e regolari norme relativamente prevedibili: non rivestono quei caratteri di particolare gravità che generalmente erano attribuiti a questa forma; nè sono legate direttamente a disordini dietetici, come era generalmente ritenuto.

La loro durata sopratutto, sarebbe inferiore a quella constatata nelle recidive dei tifo-convalescenti non assoggettati a vaccinazione preventiva.

Sulla reazione mioclonica meccanica ed elettrica nella encefalite letargica.

M. A. LUZZATTO e F. RIETH. — Hanno osservato in varii casi di encefalite letargica una particolare eccitabilità del sistema muscolare a stimoli meccanici e faradici. Sotto lo stimolo dato da ripetuti colpi di martello da percussione, i muscoli stimolati eseguiscono una serie di contrazioni miocloniche a tipo di mioclonia, che in qualche caso durano molto a lungo. Stimolando certi muscoli con corrente faradica in modo da ottenere il tetano, si ottengono talora nel muscolo eccitato, più spesso nei vicini, talora anche in muscoli lontani (perfino nel pettorale stimolando il dorso dell'avambraccio), tipiche contrazioni miocloniche. Questi fatti furono verificati sia in forme in atto, sia in convalescenti. In un caso precedettero di circa 2 settimane la comparsa di una forma mioclonica spontanea. Questa reazione si ebbe anche in una forma catatonica ed in due a tipo pseudo-parkinsoniano.

Essa depone probabilmente per un'aumentata e latente eccitabilità di muscoli (*diatesi mioclonica*).

PADOVANI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BARBÀRA MARIO. *Il problema della genesi del sonno (Le azioni ormoniche regolatrici del fenomeno).* — Palermo.

BILANCIONI GUGLIELMO. *La fonetica biologica di Leonardo da Vinci.* — Roma, 1919.

MASNATA GIOVANNI. *L'ambulance de l'«Océan» à la Panne (Belgio). Note ed osservazioni.* — Pavia, 1920.

BERTOLI PIETRO. *L'omento in chirurgia.* — Cremona, 1920.

RUGANI LUIGI. *Sulle anosmie in rapporto alla legge sugli infortuni e alla medicina legale militare.* — Roma, 1920.

RUGANI LUIGI. *Sulla «myiasis» del naso e dell'orecchio.* — Firenze, 1920.

SORGE GAETANO. *Dell'ernia-infortunio.* — Napoli, 1919.

APOSTOLITI R. *Sopra un caso di cancro.* — Catanzaro, 1920.

BACCARANI U. *Ospedale civile «Umberto I» Ancona. Statistica sanitaria degli anni dal 1913 al 1918.* — Ancona, 1920.

FRANCO P. M. *L'osservazione dell'apice nel cavo ascellare nella prima tappa della tubercolosi del polmone (il cavo ascellare nuova zona d'allarme).* — Napoli, 1920.

RICCHI GINO. *Le principali questioni medico-legali dell'infortuniologia oculare.* — Bologna, 1920.

DE FAVENTO PIERO. *Cenni clinici di urologia (13 anni di pratica nella divisione urologica dell'Ospedale di Trieste).* — Trieste, 1919.

BERTOLANI DEL RIO MARINA. *I recenti studii su l'eziologia e la cura della sclerosi a placche.* — Reggio Emilia, 1920.

DE VECCHIS BENIAMINO. *Un nuovo otturatore del velo e dei suoi annessi.* — Napoli, 1920.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E DIAGNOSTICA.

Tentativo di classificazione degli itteri infettivi primitivi.

Già da lungo tempo (Garnier e Reilly, *La Presse médicale*, n. 83, 1920) era stata stabilita la natura infettiva della maggior parte degli itteri acuti: però fino a questi ultimi anni l'ittero era attribuito a disturbi gastro-intestinali, ad infezioni ascendenti delle vie biliari consecutive ad infiammazioni del tratto digestivo.

Chauffard nel 1892 ammise tuttavia probabile come causa dell'ittero un microbo saprofita; nè era sfuggito a Gilbert e Fournier il fatto che gli itteri dovuti ad una causa ben determinata, come quelli risultanti dall'ingestione di acque impure, apparivano dopo un periodo di incubazione assai lungo, periodo assente o quasi negli itteri autoinfettivi.

Ben presto si attribuì l'ittero ad una localizzazione nel fegato o nelle vie biliari di stafilococchi, pneumococchi, streptococchi, bacilli tifici e di paracolibacilli in specie, circolanti nel sangue.

La classificazione quindi, data questa incertezza, mancava dell'elemento principale: del dato etiologico, ed era giocoforza conservare la distinzione antica, basata sui dati clinici, sul carattere evolutivo, degli itteri in benigni e gravi.

La scoperta della *Spirochaeta icterohemorragiae* ci fece consapevoli del fatto che uno stesso microrganismo era capace di dar luogo talora ad itteri benigni, talora ad itteri fatali.

Ma oltre agli itteri spirochetolici esistono altri tipi di itteri acuti.

Gli AA. su 1111 casi di ittero osservati — non compresi in tal numero gli itteri da litiasi biliare, da neoplasmi addominali, da intossicazione picrica — hanno notato 388 casi di spirochetosi itterigena e 688 casi di itteri che chiamano per non pregiudicarne la natura *itteri acuti apirettici;* varietà rare sono: *l'ittero infettivo di origine tifica o paratifica, l'ittero grave da atrofia gialla acuta del fegato, l'ittero infettivo di origine indeterminata.*

A questi tipi occorre aggiungere: l'*ittero dei sifilitici trattati con arsenobenzolo*, l'*ittero epidemico e contagioso* ed infine la *febbre gialla* che i lavori del Noguchi attribuiscono ad un parassita simile alla *Spirochaeta icterohemorragiae*, al *Leptospira icteroïdes*.

SPIROCHETOSI ITTERIGENA.

Comprende tutti i casi di ittero infettivo a recrudescenze febbrili, cioè tutti quelli noti sotto il nome di malattia di Mathieu o di Weil — comprende anche la maggior parte delle osservazioni di itteri gravi primitivi, in specie i casi di *epato nefrite* od *insufficienza epato renale acuta*, comprende i casi di *tifo epatico*, di *nefrite acuta con ittero*, di *ittero con sindrome meningea*, moltissimi casi di *ittero infettivo benigno* ed anche di *ittero catarrale*.

Per la sua identificazione sono già utili prima del risultato del laboratorio la anamnesi e i dati clinici obiettivi. Si sa, il topo alberga nei suoi tessuti la *Spirochaeta icterohemorragiae* e l'elimina con le urine; importa quindi conoscere la professione del paziente e vedere se essa esponga a contatti con i suddetti animali, vere riserve di virus.

Ha importanza la presenza di materie in putrefazione; l'ittero consecutivo ai bagni in fiumi che ricevono acque di rifiuto è, generalmente, un ittero da spirocheta; bisogna dunque ammettere che tal germe esiste nelle acque impure o materie in putrefazione, sia che i topi vi depositino il virus, sia che di lì lo prendano.

È caratteristico di tale affezione un periodo preitterico con febbre, vomito, mialgie. La febbre si abbassa a misura che si sviluppa l'ittero e ricompare dopo vari giorni di apiressia quando l'ittero comincia a diminuire, in particolare quando i sali biliari scompaiono dalle urine; nelle forme leggere è abitualmente verso il quindicesimo giorno di malattia che il termometro segna la caratteristica ascensione febbrile, talora di alcuni decimi di grado. L'ittero è in genere proporzionato alla gravità della malattia ben a differenza così dall'atrofia gialla acuta in cui l'ittero è lieve malgrado la gravità della malattia e dall'ittero acuto apirettico in cui di contro allo stato generale eccellente sta un ittero accentuatissimo: si intende che vi sono eccezioni a queste norme generali.

La gravità della malattia non è in rapporto anche con la febbre, ma con l'intossicazione dovuta più all'insufficienza renale che ai disturbi della funzione epatica; l'albuminuria è costante e si accompagna con cilindri granulosi; nelle forme gravi e medie l'azotemia è la regola, poi vi è oliguria, anuria.

Manca spesso l'epistassi iniziale, talora nelle forme gravi si osservano melene o lievi ematurie: le emorragie cioè non fanno parte integrante della sintomatologia, onde la malattia non merita il nome di spirochetosi ittero-emorragica.

ITTERO ACUTO APIRETTICO.

È la comune forma di ittero benigno che si riscontra negli ospedali, per lo più nota col nome classico di *ittero catarrale*. L'inizio è meno brusco di quello della spirochetosi, nè si accompagna a mialgie: l'ittero è intenso, la febbre manca, sono assenti i fenomeni generali: dura da 15 giorni a 5 settimane.

Una forma particolare merita il nome di *ittero recidivante;* poco dopo la prima *poussée* d'ittero, allorchè il malato sembra completamente guarito, ricompaiono gli stessi fenomeni: il secondo ittero dura molto più del primo: da 5 a 6 settimane.

Se si trattasse di una nuova virulentazione dello sconosciuto agente patogeno e non di una nuova infezione si dovrebbe parlare di ricaduta e non di recidiva.

Complicazione degli itteri in discorso è l'infezione secondaria delle vie biliari; talora con i caratteri di accessi febbrili a tipo di « febbre intermittente epatica », talora la febbre è continua, la vescicola dolorosa, l'emocultura positiva (colibacillo), talora si giunge alla formazione di un ascesso nel fegato od anche a distanza. Nell'ittero acuto apirettico quando la febbre compare si accompagna a fenomeni locali epatici, specie a dolore nella palpazione della vescicola ed a passaggio di sali biliari e pigmenti nelle urine.

L'ittero apirettico, a differenza della spirochetosi, ha un'andatura epidemica particolare: questa è frequente nell'autunno, quello in tutte le stagioni; la diversa individualità morbosa dei due itteri è anche dimostrata dal fatto che possono aversi focolai epidemici dell'uno o focolai dell'altro.

ITTERO INFETTIVO DOVUTO A BACILLI DEL GRUPPO TIFICO.

Contrariamente alle idee esistenti attualmente, secondo gli AA., tale ittero è raro: da essi è stato riscontrato nel 0.5 per cento dei 1111 casi di ittero esaminati.

L'origine tifica o paratifica è rivelata da un andamento speciale della malattia che rammenta la febbre tifoide: la curva febbrile è quella di un tifo e dopo un periodo stazionario, il più spesso breve, si abbassa per lisi, fatto questo che mai si osserva nella spirochetosi itterigena. L'ittero è poco intenso: la malattia dura poco: la convalescenza si stabilisce verso la fine della 3ª-4ª settimana.

ITTERO GRAVE DA ATROFIA GIALLA ACUTA DEL FEGATO.

I casi di tal genere sono caratterizzati principalmente dalla scarsezza dell'ittero, dalla precocità dei fenomeni nervosi, che consistono in coma con intervalli di periodi di agitazione, con assenza di reazione meningea, con diuresi normale, scarsa azotemia, senza leucocitosi nè polinucleosi, con frequenti ematemesi, melena e disturbi della coagulabilità del sangue.

I casi sono troppo rari per un'inchiesta epidemiologica; si deve supporre che l'agente sconosciuto dell'atrofia gialla acuta non determina sempre forme mortali, ma spesso forme curabili.

ITTERO INFETTIVO BENIGNO D'ORIGINE INDETERMINATA

È questo un gruppo destinato a scomparire col progredire delle nostre conoscenze: sono itteri ad inizio febbrile in cui la temperatura cade meno rapidamente che nella spirochetosi: non vi si nota rialzo febbrile alcuno; spesso si riscontra un esantema maculoso.

Sono questi i casi curabili della forma precedente? o sono determinati in speciali circostanze dell'agente causale delle forme acute apirettiche?

ITTERO EPIDEMICO E CONTAGIOSO.

È stato osservato da Sarrailhé e Hunet, Paisseau, Cantacuzène ed altri in Oriente, da Bompiani Jovene in Cadore.

I primi, dalle ricerche microbiologiche fatte, si sono creduti in diritto di legare tale varietà ai bacilli paratifici; l'inglese Martin nega tale relazione e così Bompiani e Jovene. D'altra parte la ricerca del parassita d'Inada è stata sempre negativa. È un'affezione contagiosa, sviluppantesi in estate ed in autunno: dopo un'incubazione da 4 a 6 giorni, la malattia inizia con brividi, febbre, vomiti, dolori epigastrici: la vescicola è sensibile alla pressione, il fegato leggermente deborda. Con la comparsa dell'ittero nel 3°-4° giorno la febbre cade: si nota bradicardia, raro è il prurito: nelle urine pigmenti biliari, urobilina, spesso albumina. Feci acoliche. Milza aumentata di volume. Durata 8-15 giorni: persiste però astenia e dimagramento. Esito favorevole: i casi di morte sono rari.

MONTELEONE.

Sull'ittero emolitico.

È conosciuta col nome di ittero emolitico, scrive A. W. Fischer (*Deut. Mediz. Wochenschrift*, n. 7, febbraio 1920), una forma famigliare congenita o acquisita, che si inizia con una colorazione gialla intensa della cute e che si differenzia dalle altre forme di ittero per l'assenza di pigmenti biliari nell'urina, per l'aspetto normale delle feci, e la presenza di urobilina tanto nell'urina che nelle feci e di bilirubina nel sangue.

Il sangue presenta il quadro dell'anemia perniciosa, e mostra una caratteristica diminuzio-

ne della resistenza osmotica delle emazie di fronte alle soluzioni ipotoniche di cloruro sodico.

La milza è in tutti i casi ingrandita, ma non raggiunge mai le dimensioni della milza leucemica o del morbo di Banti. La sola terapia utile e senza pericoli è l'estirpazione della milza. Con ciò si ottiene una retrocessione dell'ittero, la scomparsa dell'urobilina dalle urine e la presenza di forme giovani di eritrociti, con un aumento dell'emoglobina e del numero dei globuli rossi sino quasi al normale. Non resta per altro modificata la diminuita resistenza globulare.

Un contributo all'interpretazione di questa forma di ittero è fornito dalle ricerche di Lepehne e di Aschoff sull'apparato di secrezione reticolo-endoteliale della milza, fegato, delle ghiandole linfatiche e del midollo osseo, che ha una importanza notevole nelle modificazioni del sangue. Le cellule di tale apparato hanno sopratutto il compito di provvedere alla normale emolisi e di allontanare i prodotti di distruzione del sangue.

Se con l'iniezione endovenosa di Collargolo, che dimostra una azione elettiva su queste cellule, si paralizza l'apparato reticolo-endoteliale, manca la colorazione gialla della cute, che si produce nell'ittero da avvelenamento (Toluilendiamina).

Nell'ittero emolitico secondo l'A. si può pensare a una congenita o acquisita disfunzione o iperfunzione di tale apparato di secrezione reticolo-endoteliale. Tali cellule danneggiano con la loro funzione il sangue e come effetto si ha una emolisi, un accumulo nel sangue di forte quantità di ematoidina, bilirubina, la produzione di bile più densa e più ricca di pigmenti, il quadro di una anemia perniciosa, con una diminuita resistenza globulare.

Il tumore di milza deve essere interpretato come spodogeno.

La particolare alterazione cicatriziale del suo tessuto, che spesso assume il quadro della così detta fibro-adenia, può portare ad un avvelenamento cronico delle suddette cellule; e del resto il quadro di questa malattia è assai simile all'ittero da avvelenamento per toluilendiamina o per anidride arseniosa.

L'A. consiglia di sperimentare nei casi di ittero emolitico le iniezioni endovenose di collargolo per circa 2 settimane, ripetendole dopo un conveniente periodo di riposo. TRENTI.

Doveri morali degli abbonati:

diffondere « Il Policlinico » tra i colleghi, facendolo conoscere ed apprezzare e procurandogli nuovi associati;

provvedere al pagamento della quota dovuta all'Amministrazione, senza farsi sollecitare.

L'influenza della colelitiasi sullo stomaco.

Nella colelitiasi vi è per lo più ipoacidità (*deficit* di Hcl); non si deve dunque attribuire tale fenomeno alla colecistectomia. Nella colelitiasi (C. Rohde, *Münch. med. Woch.*, 1920, n. 6) per lo più l'aspetto radiologico dello stomaco e del duodeno è mutato; in molti casi vi sono disturbi motori. Tali fatti sono dovuti ad aderenze della cistifellea agli organi vicini, e permangono dopo l'operazione: essi però non provocano notevoli disturbi al paziente.

Quando è indicata una operazione, è da preferirsi ai metodi conservativi la colecistectomia con o senza drenaggio a T, poichè in tal modo si asporta un organo che va considerato come già escluso dal punto di vista fisiologico e funzionale e si libera così il paziente da possibili disturbi consecutivi, che potrebbero verificarsi conservando l'organo.

(*C. blat. f. innere Medizian.*, 1920, n. 40).

fil.

I rapporti dell'ittero con le malattie delle vie biliari.

B. Naunyn, in un lungo studio critico sull'argomento (*Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Mediz. und Chir.*, vol. XXXI, fasc. 5) viene alle conclusioni seguenti. L'urobilinuria non può senz'altro venir considerata come un disturbo della funzione epatica. Per quanto riguarda l'ittero, si può ritenere che una sola ne sia la causa immediata e sufficiente, il turbato svuotamento della bile nell'intestino, con riassorbimento di questa. La stasi nei capillari biliari intra-acinosi provoca in questi dei trombi, e quindi la rottura delle pareti capillari con passaggio di bile negli spazî linfatici. Questo ittero è riconoscibile già 48 ore dopo la chiusura del coledoco.

L'ingombro dei capillari biliari può però verificarsi anche in altre condizioni, come nell'ittero tossico ed emolitico. Vi sono anche forme dovute a parapedesi della bile, in cui i componenti di questa passano direttamente dalla cellula epatica nelle vie linfatiche. Nell'ittero duodenale come in quello da compressione i sistemi che producono e conducono la bile rimangono integri; se l'ittero diventa cronico, si ha il passaggio alla forma colangioitica, dovuta a processi patologici delle vie biliari, da *B. coli* o *typhi*.

Nelle coliche da calcolosi, l'ittero manca nella metà dei casi, ed è difficile definire la funzione dei calcoli nella produzione dell'ittero. Quando questo si osserva già dopo 12 ore, dall'inizio, si deve ammettere una colangioite infettiva, con

o senza calcolo, che può anche diventare gravissima. L'ittero cronico da occlusione per calcoli si manifesta improvvisamente con i sintomi di una colica biliare, e senza i sintomi di coliangioite infettiva (tumore di milza, brividi). In quest'ultima, quando sono interessate le vie biliari e la cistifellea, manca raramente la tumefazione palpabile della cistifellea stessa.

Nelle malattie della cistifellea si osserva che gli attacchi sono altrettanto violenti, diminuiscono presto di intensità; è raro un ittero molto marcato, mentre è più frequente una forma lieve con ingrossamento del fegato e della milza.

Quando sono colpite le piccole vie intra-acinose, l'infezione è enterogena se ascendente, ematogena se discendente, per lo più da bacilli del gruppo del tifo. Nelle forme acute con febbre a 40° e modica tumefazione del fegato, spesso localizzata in modo da dare l'impressione di ascesso, mancano per lo più l'ittero ed il tumore di milza. Con il passaggio alla forma cronica recidivante si ha ittero più marcato, tumore di milza, dolori epatici, febbri di lunga durata, spesso acoluria e presenza di pigmenti biliari nel sangue.

Come ultima localizzazione sono da considerarsi i capillari biliari, che hanno gran parte nell'ittero tossico ed in quello emolitico (fosforo e toluilendiamina), in cui si ha formazione di trombi nei capillari biliari, come accade per l'ittero dei cardiaci.

Nell'ittero da malattie infettive si verifica o una stasi nei capillari epatici od una parapedesi della bile, mentre non basta a spiegare il fenomeno l'insufficienza epatica, la quale d'altra parte dovrebbe comprendere, oltre la diminuita tolleranza per gli idrati di carbonio e la presenza di urobilina, anche la insufficienza nella più importante funzione, cioè nella demolizione della molecola albuminoide.

L'ittero emolitico non è stato sufficientemente studiato dal punto di vista batteriologico e sierologico, mentre dal punto di vista ematologico gli si attribuisce troppa importanza. La causa della diminuita resistenza delle emazie non è ancora stabilita, non vi è nulla di caratteristico nel quadro ematologico, nè è costante l'anemia. Il quadro clinico è assai simile alla colangioite infettiva cronica, recidivante, per la presenza di ittero duraturo, ad intensità variabile, e di pigmenti biliari nel sangue, il tumore duro di milza, tumefazione del fegato; si notano in questa forma esacerbazioni acute con febbre, dolori epatici e splenici, aumento di ittero e presenza di pigmenti biliari nell'urina.

(*Zblatt f. innere Medizin*, 1920, n. 40).

fil.

Ittero chirurgico. Carcinoma primitivo del pancreas.

L'ittero non epatogeno (H. Fowler, *Medical Record*, 6 nov. 1920), per strozzamento della corrente biliare in un punto intermedio tra il fegato e il duodeno, è quello propriamente detto da ostruzione. Il dotto epatico od il coledoco viene occluso da una infiammazione o da una concrezione delle sue parti; o da una compressione dal di fuori sia di natura flogistica che di natura neoplastica. Tra le neoplasie il carcinoma è il più comune, o della vescica biliare, il più frequente, o del dotto Wirsungiano, il più raro, o del duodeno, o dell'ampolla del Vater, o della testa del pancreas, intermedî per frequenza.

Il cancro primitivo del pancreas è la neoplasia più frequente di detto organo, è più frequente nel sesso maschile, e può verificarsi in ogni età, scegliendo a preferenza la testa dell'organo. La sua consistenza permette di differenziarlo da una pancreatite cronica. Sono facili le metastasi nel fegato. Non v'è un quadro sintomatico stabilito: se invade la testa, l'ittero è comune; se disturba il circolo portale, si ha ascite ed edema; se invade organi viciniori si possono avere sintomi dipendenti dallo stomaco, dal duodeno, dal colon trasverso; la glicosuria è rara, e rivela interessamento delle isole di Langherhaus.

Per la terapia si sceglie un metodo di anastomosi biliare, come, p. e., tra la vescichetta e lo stomaco, o la vescichetta e il duodeno, che possono essere facilmente e rapidamente eseguite, sono razionali e scientifiche, oltre che efficaci nel sollevare il prurito, utilizzare la secrezione biliare, e prolungare la vita. Nel caso che forma obbietto del presente studio tale fu la natura dell'intervento, efficace. Ciò che bisogna tener presente è che talora neppure l'autopsia potrà differenziare una pancreatite da un cancro. N. GENTILE.

TERAPIA.

La stricnina.

La stricnina è un veleno tetanizzante, che non si accumula nell'organismo, il quale al contrario vi si abitua; può essere usato a dosi crescenti, più forti di quanto si ritenga generalmente.

È un eccitante del sistema nervoso, specialmente del bulbo, stimolante del centro respiratorio, elevatore della pressione arteriosa, è un tonico dinamico antiastenico. È particolarmente indicato nell'indebolimento della forza muscolare, conseguente ad abbassamento dell'attività bulbo-midollare. Secondo Hartenberg, esso rappresenta un vero specifico contro ogni insufficienza nervosa.

La stricnina viene somministrata sotto forma di sali (solfato, arseniato, glicerofosfato, nitrato) oppure come noce vomica (polvere, tintura, estratto) tintura di fava di S. Ignazio.

Il suo uso per l'adulto si basa sulla mitridatizzazione, incominciando con dosi deboli, che si elevano progressivamente. Si prescrivono i granuli da un mg., di cui si fanno prendere due al giorno, per cinque giorni, poi tre, per altri cinque giorni ed aumentando così la dose fino ad ottenere l'effetto desiderato; nei intolleranza. Se questa si manifesta, si darà l'antidoto usuale (cloralio idrato: g. 5-10 per 125 gr. di acqua; per clistere), cura che comunque si praticherà in presenza di fatti tetanici. Si potranno anche usare le iniezioni (solfato, ecc.) a dosi di un mg. per cent. cubo, aggiungendovi eventualmente solfato di sparteina (5 cg.).

La polvere di noce vomica si dà in cartine, a dosi di 5-15 centigrammi.

Anche con pepsina amilacca (50 cg.), alla fine dei due pasti principali con una tazza di infuso caldo.

La tintura (57 goccie al grammo; XXV-LXXV goccie e l'estratto di noce vomica (cg. uno-tre al giorno) si dànno in unone ad altri medicamenti, come p. e.: tintura di noce vomica *gr. dieci;* Sciroppo di corteccia d'arancio amaro cmc. 300; uno o due cucchiai al giorno all'inizio dei pasti; oppure: Estr. di noce vomica *cg. uno;* estratto di china *cg. cinque;* polv. di rabarbaro *cg. dieci*: per una pillola. S. Bonnamour e A. Imbert (*Journal de Médicine de Lyon,* 5 novembre 1920) consigliano da una a cinque pillole al giorno. Albertoni consigliava nella incontinenza d'urina: estratto di noce vomica *cg. venti;* tartrato ferrico-potassico, polverizzato *ana g. tre*: estratto inerte q. b.: dividere in venti pillole.

La tintura di fava di S. Ignazio composta, o goccie amare di Baume (54 goccie al grammo) è al quinto: si prescrive sola (X-L goccie) od a parti uguali con tintura di china e di badiana (XX-XXX goccie due volte al giorno all'inizio dei pasti principali). *fil.*

Gli ipnotici.

Per l'uso razionale di questi medicamenti, devesi anzitutto conoscere la causa della insonnia, se cioè essa sia dovuta a disturbi parenchimatosi o vascolari del cervello oppure ad alterazioni di natura arteriosclerotica con o senza lesioni cardiache.

Nelle alterazioni cellulari del cervello, Gwerder (*Schw. med. Woch.* e *Archivos de med. cirugia y especialidades,* novembre 1920) consiglia la morfina, il luminal, il meconal, l'aleudrina, il diogenal, il sulfonal, il trional, soli od in miscela; in molti casi ha ottenuto ottimi risultati col medinal (sale monosodico dell'acido dietilbarbiturico; analogo al veronal, ma assai più solubile. *N. d. Redat.*) somministrato a dosi di 25-50 cg. alle sette di sera, per tre giorni.

Contro i disturbi vasomotori si utilizzerà la posizione elevata o declive del capo, compresse calde o fredde, impacco umido al capo, bromuro di potassio, tintura di valeriana, aspirina, pediluvio, bagni carbonici, ecc.

Se entrambe le cause sono in questione, si associerà l'aspirina col sulfonal, il piramidone col trional, ecc. Negli stati arteriosclerotici, si ricorrerà alla papaverina con il luminal, la diuretina; nelle lesioni cardiache si aggiungerà un cardiotonico.

Si cureranno altresì altre condizioni accessorie, quali la tranquillità della casa, l'eccesso di fatica, si eviteranno i pasti abbondanti la sera. Negli individui insonni, perchè preoccupati l'A. ha ottenuto effetti con le compresse di hipnopantopon; ognuna di queste contiene: 15 mg. di pantopon, 50 cg. di luminal sodico (medinal) e 30 cg. di fenacetina: si prende 1/2 od 1/4 di compressa, mezz'ora prima di coricarsi. *fil.*

NOTE DI TECNICA.

Per la ricerca dell'albumina nelle urine.

Un artificio per svelare una benchè minima albuminuria consiste nell'osservare l'urina contenuta nella provetta, filtrata e sottoposta nella porzione superiore all'ebollizione con acido acetico, contro un raggio solare che la investe, o meglio contro una schermo di colore scuro mentre la si fa attraversare da un raggio solare. Allora nella porzione bollita dell'urina in confronto della porzione non bollita compaiono evidenti, alla stessa guisa del pulviscolo atmosferico nella zona della stanza attraversata dal raggio solare, le più tenui nebulosità, che altrimenti non si scorgono affatto nè contro lo schermo scuro nè con altro artificio. S'intende che in mancanza del raggio solare può servire una buona sorgente luminosa i cui raggi sieno opportunamente raccolti e diretti da una lente biconvessa.

L'artificio suddetto perfeziona il metodo dell'ebullizione, e lo rende superiore a tutti gli altri in uso allorchè si tratti di minime albuminurie; le quali è importantissimo non sfuggano perchè possono dar la chiave di moltissimi disturbi accusati e mettono il medico sulla via di un completo esame della funzione renale.

A. SENIGAGLIA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Gli indennizzi agli invalidi di guerra.

Le recenti agitazioni dei mutilati di guerra rimettono sul tappeto la questione dell'assistenza a tali valorosi che sopportano le indelebili conseguenze della guerra; crediamo perciò utile riassumere una relazione notevole per larghezza di vedute, che il colonnello medico A. Santamaria ha tenuto sull'argomento alla IV Conferenza interalleata (Bruxelles, settembre 1920).

Prima della guerra attuale, la legislazione in materia di pensioni militari, in Italia, come negli altri Stati, era basata su concetti alquanto restrittivi. Si esigeva cioè che fosse riconosciuta la causa di servizio e che l'infermità fosse tale da rendere l'individuo inabile al servizio militare. Tali norme, preparate in tempo di pace, si mostrarono affatto inadeguate alle nuove condizioni, create dalla guerra, che fu terribile per la somma dei rischi e dei pericoli, per la gravità delle sofferenze e dei dolori, per il numero enorme delle più svariate infermità. Si venne così delineando nel paese un sentimento di gratitudine più preciso e perfetto verso coloro che, distolti dalle loro occupazioni, dal loro benessere familiare, erano chiamati alla difesa della patria: si riconobbe quanto logorante fosse la vita della trincea, quale effetto avessero i rischi e pericoli della zona d'operazione e si rese quindi più manifesta la restrittività dei concetti che informavano la legge sulle pensioni militari. Si allargò quindi il concetto della causa di servizio riconoscendo che questo era da ammettersi quando anche le infermità fossero riportate od aggravate in occasione di servizio, ed in servizi attinenti alla guerra (D. L. 2 settembre 1917, n. 1388 e 27 ottobre 1918, n. 1726).

È da ricordarsi che proprio l'Italia è stata fra le prime nazioni che abbia affrontata la questione con larghezza di concezione, riconoscendo ai militari invalidi il diritto al risarcimento dei danni loro prodotti dalla guerra.

Ma un'altra riforma s'imponeva; quella sul concetto di invalidità che veniva equiparata alla inabilità al servizio militare, con evidente ingiustizia, perchè con le tre categorie di invalidità stabilite, si veniva spesso a dare uguale pensione ad individui affetti da forme morbose disparate, di intensità e gravità diverse; nessun conto si teneva della capacità lavorativa residua, mentre è proprio questo il criterio più importante, poichè il danno all'individuo, più che nell'entità della malattia, è determinato dalle diminuzioni o perdite funzionali che si traducono in una diminuzione o perdita della capacità di attendere al lavoro.

Le norme vigenti portano invece le categorie delle invalidità a 10, di cui otto hanno carattere di pensione vitalizia; l'assegnazione può poi essere sottoposta a revisione.

***

Per quanto riguarda l'attuale concetto, già esposto, della occasione di servizio, l'A. ritiene che in linea generale non si possa fare di meglio. Una maggiore larghezza dovrebbe usarsi nella procedura per l'accertamento della dipendenza da causa di servizio: anche se la infermità non trae la sua origine *direttamente* dal servizio non è possibile p. es., escludere la dipendenza dal servizio stesso di un reumatismo articolare, di una malattia della psiche, od in generale di qualsiasi forma morbosa. La procedura dell'accertamento dovrebbe quindi essere spogliata delle inutili ed indaginose istruttorie, che danno apparenza di fiscalità ad una legge moderna e liberale, ed avere per base la conoscenza precisa del servizio prestato dal militare.

Più facilmente soggetta a critiche è invece l'elencazione delle infermità nelle accennate 10 categorie, in cui si vollero forse imitare troppo i precetti dell'infortunistica, con i quali, se vi sono ragioni di contatto vi sono anche differenze essenziali, poichè nel ferito di guerra vi è più che un danno da risarcire, vi è tutta una vita di rischi e di pericoli, che non sono la conseguenza di un semplice contratto legale, ma l'effetto di un dovere bene inteso, che si traduce in dedizione completa. Accade quindi che, mentre nella detta elencazione vi sono molti particolari sulle diverse combinazioni di mancanza o perdita funzionale delle dita, molte altre infermità sono appena accennate oppure ne è valutata troppo superficialmente l'incapacità funzionale. Così accade p. es. per l'evirazione che in luogo della 2ª categoria dovrebbe essere assegnata alla prima, tenuto conto del grave stato di annientamento in cui cade l'individuo in conseguenza della perdita della funzione sessuale. Così accadrebbe per la tubercolosi, che darebbe diritto ad una pensione minore di quella che tocca ad un semplice asmatico, se non intervenisse la provvida giurisprudenza del Ministero delle pensioni, che liquida a tutti i tubercolosi la pensione di 2ª categoria sotto forma di assegno rinnovabile.

Ma un altro fatto è da tenere presente: la possibilità che un invalido, già assegnato ad una categoria, sia colto in seguito da un accesso, da una riacutizzazione del male, che lo trasforma da invalido relativo ad invalido assoluto e lo costringe ad abbandonare il lavoro per un certo tempo. È quindi necessario provvedere alle manchevolezze della legge che, non prevedendo tali casi, lascia l'invalido con un assegno insufficiente nel periodo di riacutizzazione del male.

Sarebbe quindi necessario risolvere la questione, o concedendo agli invalidi di forme morbose facilmente riacutizzabili un sovraindennizzo, o concedendo — nel periodo di invalidità assoluta, — oltre la pensione spettante, anche la differenza fra questa e l'importo della pensione di 1ª categoria. La seconda soluzione appare la più equa e più logica. Con queste migliorie, la nostra legislazione sugli invalidi di guerra, che è fra le più larghe e liberali, andrà perfezionandosi, guidata dal sentimento di gratitudine che il paese nostro sente per i generosi invalidi. *fil.*

ATTI PARLAMENTARI

Progetto di legge sulle tariffe medico-legali.

È stato presentato alla Camera dei Deputati dal Ministro della Giustizia e degli affari di culto, on. Fera, nella seduta del 17 dicembre 1920. È corredato dalla seguente relazione:

L'unito disegno di Legge è inteso a modificare le disposizioni delle tariffe per gli atti giudiziari in materia civile e penale approvate coi Regi decreti 23 dicembre 1865, nn. 2700 e 2701, per la parte che concernono i periti, i testimoni e i giurati.

Come è noto, le due tariffe, relativamente ai periti e ai testimoni, sono tuttora immutate dall'atto della loro emanazione, mentre hanno subìto un aumento di lieve portata le norme sulla indennità ai giurati; pertanto non può essere dubbia la inadeguatezza delle tariffe stesse in confronto del costo della vita enormemente cresciuto, e quindi la opportunità di renderle più conformi alle esigenze attuali e al prezzo delle cose e dei servizi, nell'interesse stesso della regolare amministrazione della giustizia.

A ciò provvede l'unito disegno di legge, nei limiti che le attuali condizioni del bilancio possono consentire.

Esso poi, contrariamente al sistema in vigore, si ispira al concetto generale di stabilire una identica misura degli onorari ai periti e delle indennità ai testimoni in materia civile e penale, avuto riguardo alla identica natura della funzione che viene esercitata nell'una e nell'altra materia e che, secondo la più evidente equità, richiede una retribuzione non diversa nell'uno e nell'altro caso.

Quanto ai periti, ho ritenuto giusto abbandonare la vigente differenza di compensi fra coloro che risiedono nei capoluoghi di provincia o di circondario e quelli che risiedono in altri comuni, non essendovi differenza intrinseca fra l'opera prestata dagli uni e dagli altri, nè essendo fondata nella realtà una ipotetica presunzione di maggiore merito da parte dei primi rispetto ai secondi. Inoltre ho ravvisato opportuno fissare con precisione una distinzione fra i periti, a seconda della maggiore o minore importanza dei titoli di studio (periti laureati, periti diplomati o patentati, periti non laureati nè patentati), abbandonando per la prima categoria (periti laureati) il vigente sistema della retribuzione in base al numero delle vacazioni (ossia al tempo impiegato nell'eseguire le operazioni e compilare la relazione) per sostituirvi il criterio del valore obbiettivo della perizia eseguita, quale può, ad esempio, apparire dalla difficoltà delle indagini, dal modo come furono compiute e dalla più o meno completa trattazione dei punti da chiarire. Tale sistema di retribuzione sembra infatti il più consono all'indole della prestazione che si richiede nel caso in esame e che esige l'applicazione di un complesso di studî e di cognizioni teoriche, la cui entità sfugge ad una valutazione del tutto materiale, quale è quella ad ore (sistema delle vacazioni).

Questi sono i criteri generali cui si ispira l'unito disegno di legge: essi sono sostanzialmente gli stessi ai quali ha informato le sue proposte un'apposita Commissione costituita con le rappresentanze delle classi interessate, e che ha preso in particolare esame i voti espressi da Associazioni e Consigli professionali, da funzionari, da giurati, da professionisti e da enti diversi.

Le varie disposizioni poi non fanno che introdurre semplici aumenti della misura fissata dalle norme vigenti per le varie indennità ai suindicati coadiutori della giustizia, epperò non abbisognano di particolare illustrazione.

Data la evidenza delle ragioni che giustificano il disegno e la urgenza di assicurare il regolare svolgimento dell'amministrazione della giustizia col rimuovere, per quanto sia consentito dallo stato presente del bilancio, le condizioni di fatto che inducono molte volte codesti indispensabili ausiliari di essa a cercare di sottrarsi all'adempimento del loro dovere, confido che non sarà per mancare al disegno stesso l'approvazione degli onorevoli colleghi.

Riportiamo gli articoli che concernono le tariffe medico-legali:

Art. 1. — Gli articoli 7, 1° comma, 8, 9, 13, 1° comma, 14, 15, 16, 1° comma, 18, 20, 21, 22, 23, 27, 29, 32, 1° comma, 35, 36, 37, 48, 115 n. 2, 120, 137 e 149 del Regio decreto 23 dicembre 1865, numero 2701, che approva la tariffa in materia penale sono sostituiti dai seguenti:

. . . .

Art. 18. — Gli onorari e le vacazioni dei periti per le operazioni che occorressero a richiesta dell'autorità giudiziaria, nei casi previsti dal Codice di procedura penale, saranno regolati nel modo stabilito negli articoli seguenti:

Art. 20. — Ciascun medico e chirurgo riceverà:

1° per ogni visita e relazione, compresa la prima medicazione ove occorra, l'onorario di lire 10;

2° per le sezioni di cadaveri non inumati l'onorario di lire 50 e per le sezioni di cadaveri esumati l'onorario di lire 60, escluse, in ambo i casi, le eventuali ricerche di laboratorio.

Per qualsiasi altra operazione peritale diversa da una semplice visita o dalla sezione di cadaveri, l'onorario del perito sarà stabilito dall'autorità giudiziaria, la quale potrà richiedere il parere del Consiglio dell'Ordine dei medici.

Tale parere è sempre necessario:

a) quando il perito abbia richiesto somma superiore a lire 300;

b) quando il perito abbia richiesto somma inferiore a lire 300, e l'autorità medesima non abbia creduto di accogliere integralmente, o quasi, la richiesta.

Art. 20 bis. — In tutti i casi nei quali i medici e chirurghi saranno chiamati dall'autorità giudiziaria per chiarimenti ed assisteranno ai pubblici dibattimenti, all'oggetto di raccogliere, dalla bocca degli imputati e dalle indicazioni dei testimoni, nuovi elementi per rispondere a quesiti su punti non rilevati dalla istruzione preparatoria, e dare contemporaneamente schiarimenti sulle precedenti relazioni, sarà dovuta una tassa di vacazione in proporzione del tempo impiegato. La prima vacazione sarà di lire 15; ciascuna delle successive, di lire 10.

Uguale diritto sarà pure dovuto ai medici e chirurghi i quali verranno chiamati per assistere ai dibattimenti al fine di dare il loro giudizio sullo stato di mente degli imputati, o su qualsiasi altra circostanza necessaria alla discussione della causa, comprese in tale diritto le relazioni che dovessero fare, sia verbalmente che per iscritto.

Art. 20 ter. — L'autorità giudiziaria, nelle città nelle quali hanno sede istituti di anatomia patologica e di medicina legale, potranno, qualora particolari esigenze lo consiglino, incaricare delle sezioni di cadavere gli istituti medesimi.

In tal caso sarà liquidato, a favore di questi, un compenso non superiore alla metà di quello che dovrebbe essere corrisposto ad un perito libero professionista.

Art. 21. — Le vacazioni di cui è cenno negli articoli precedenti e nei successivi sono di ore due, e nel calcolo delle medesime non sarà mai computato il tempo impiegato nell'andata e nel ritorno.

Il diritto di vacazione non si divide che per metà; trascorsa un'ora ed un quarto sarà dovuto il diritto intero.

Per ogni giornata non potranno essere assegnate più di quattro vacazioni.

Art. 22. — L'autorità giudiziaria farà risultare il numero delle vacazioni di cui all'articolo precedente, dai verbali di udienza.

Art. 23. — I periti dovranno presentare una nota specificata delle somministrazioni che avranno fatte, e se dovettero valersi dell'opera di personale aiutante, di facchini o di mercenari, il compenso di questi sarà pagato secondo gli usi locali, dopo che le autorità giudiziarie si saranno accertate della necessità e della durata di tale aiuto.

Questa nota dovrà contenere la indicazione di valore, quantità e peso degli oggetti impiegati, e dovrà essere munita del visto dell'autorità giudiziaria, incaricata dell'istruttoria delle cause e della esecuzione del relativo incombente, la quale dovrà respingere le spese non necessarie e quindi inserirla negli atti processuali.

Ove alle operazioni che motivano tali spese sia intervenuto il pubblico ministero, il detto visto sarà da lui apposto con lo stesso obbligo di cui sopra.

. . . .

Art. 37. — Allorquando i periti indicati negli articoli 20 e 29 saranno obbligati a trasferirsi alla distanza di più di due chilometri e mezzo dalla loro residenza, oltre gli onorari e i diritti di vacazione, avranno diritto al rimborso delle spese di viaggio in prima classe sulle ferrovie, sui piroscafi, sulle linee di automobili e sugli altri veicoli a trazione meccanica destinati in modo periodico e regolare al pubblico servizio, se potranno servirsi dei medesimi, con l'aumento di due decimi; e negli altri casi, a lire una per chilometro sulle vie ordinarie; nonchè alla indennità di lire 25 al giorno.

. . . .

Art. 149. — Non potrà domandarsi il pagamento delle tasse e delle indennità, quando siano trascorsi 100 giorni dalla data degli atti o dal compimento delle operazioni per cui sono dovute.

Non potranno essere più esatti i mandati che non siano stati presentati per la riscossione al competente ufficio pagatore entro 100 giorni dalla data di essi.

Sono eccettuate da questa disposizione le tasse per indennità di trasferta dovute ai funzionari dell'ordine giudiziario ed ai periti, per le quali il termine utile per la richiesta del mandato all'autorità giudiziaria e per la presentazione del mandato al competente ufficio pagatore sarà di giorni 200, rispettivamente dal compimento delle operazioni o dalla data del mandato.

Art. 2. — I numeri 378, 390, 392, 393, 394, 395 e 396 del Regio decreto 23 dicembre 1865, n. 2700, che approva la tariffa per gli atti giudiziari in materia civile, sono sostituiti dai seguenti:

378. L'onorario dei periti per le operazioni a cui procedono dietro commissione delle autorità giudiziarie nelle materie civili sarà determinato con le stesse norme stabilite nel titolo II, capo II, della tariffa penale.

. . . .

Art. 4. — Sono abrogati gli articoli 10, 19, 25, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 38, 116 e 121 del Regio decreto 23 dicembre 1865, n. 2701, che approva la tariffa in materia penale, i numeri 379, 380, 381, 382, 383, 390, 391 del Regio decreto 23 dicembre 1865, n. 2700, che approva la tariffa per gli atti giudiziari in materia civile ed ogni altra disposizione contraria alla presente legge.

La Presidenza della Federazione degli Ordini medici invita i singoli Ordini a dare a questo pro-

getto di legge la massima diffusione tra i medici, a riportarlo nei loro Bollettini e a comunicare con grande sollecitudine alla Presidenza stessa ogni loro osservazione o commento perchè la discussione parlamentare del progetto è molto prossima.

Contro un ritorno alla condotta piena.

Il prof. R. Rampoldi ha presentato alla Presidenza del Senato la seguente interrogazione, con richiesta di risposta scritta:

« Il sottoscritto chiede di interrogare il Ministro dell'Interno per sapere come intende procedere di fronte al delibrato proposito, che numerose Amministrazioni Comunali, uscite dalle ultime elezioni, vanno manifestando di volersi opporre al riconoscimento della trasformazione delle condotte mediche cosiddette a tutta cura o piene in libere, contravvenendo al disposto della legge e rendendo vani gli affidamenti dati dalle Autorità tutorie ».

Per la libera docenza.

Il ministro della P. I., sen. Croce, ha presentato al Consiglio dei ministri, che lo ha approvato, un disegno di legge per la riforma della libera docenza universitaria.

Poco dopo la nostra entrata in guerra furono sospesi, insieme ai concorsi universitari, i conferimenti delle libere docenze. A pace conclusa sono stati banditi numerosi concorsi, ma le libere docenze non sono state ripristinate, il che ha provocato vivo malcontento nel campo degli studiosi. Il Ministero, non senza una buona ragione, tardava a revocare il divieto di cui sopra. Da lunghi anni si invocava una riforma atta a sollevare il livello intellettuale e materiale dei liberi docenti ed un progetto era appunto innanzi al Consiglio superiore della pubblica istruzione per iniziativa del comm. Filippi. Ed ora, nella sua ultima riunione, il Consiglio superiore ha approvato il progetto, il quale verrà subito presentato al Parlamento.

La riforma riguarda il conferimento e l'esercizio della libera docenza. Finora essa era conferita per esame o per titoli da una Commissione locale. L'esame, che parve anni addietro una felice innovazione, si è in pratica rivelato pericoloso, in quanto taluni aspiranti facevano perdere del tempo senza ragione a funzionari e commissari. Quanto alle Commissioni locali, queste presentavano un inconveniente, e cioè finiva col prevalere il giudizio di un solo membro: il professore della materia.

Col nuovo progetto la libera docenza si potrà ottenere solo per titoli e verrà conferita da una Commissione unica centrale composta di professori della materia. Il progetto accorda anche notevoli vantaggi economici per l'esercizio della libera docenza. Il docente percepirà 6 lire per ogni ora settimanale di lezione e per ogni studente iscritto al suo corso. Egli dovrà però pagare una tassa di abilitazione di lire 500 ed un'altra di esercizio di lire 100, per una volta tanto. Lo stipendio non potrà però superare quello di un professore straordinario.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato dei Medici della Città e Provincia di Milano.

Si è tenuta un'assemblea generale del Sindacato Medico Milanese per trattare il « nuovo orientamento del Sindacato ».

Il presidente, prof. Francesco Mirto, osserva che durante questi due anni di attività la pratica ha insegnato che i Sindacati Medici debbono esistere ed affermarsi con criterii esatti e sicuri. Nelle precedenti assemblee tutti accettarono il concetto generale della costituzione del Sindacato Medico, ma d'altra parte nessuno ebbe a dare la propria impegnativa adesione individuale. Da questo consegue il fatto che il Sindacato pur avendo l'adesione e la regolare iscrizione delle più importanti organizzazioni di categoria, non può sapere di quale forza può disporre in caso di bisogno. Ora, siccome il concetto sindacale esige sicurezza di vita, di disciplina da parte della classe medica, così non avendo i consigli direttivi delle organizzazioni un assoluto mandato di fiducia, è necessario che, modificando i concetti iniziali di costituzione del Sindacato, siano solo gli iscritti ed in regola di contribuzione nelle diverse organizzazioni di categoria quelli che debbono inviare i loro rappresentanti al Comitato Direttivo del Sindacato.

Accenna inoltre al fatto che si presentano nella vita pubblica sempre nuovi problemi gravi, complicati, che esigono seria attenzione e disamina da parte del Sindacato medico: vi sono poi speciali contingenze locali che debbono pure essere osservate, controllate, e conclude col dire che il Sindacato Medico Milanese non vuole egoismi o sopraffazioni, ma esige però che i nostri diritti siano riconosciuti.

Il prof. Arlotta porta l'adesione dell'Associazione Stomatologica.

L'Assemblea vota all'unanimità che il Sindacato sia fondato sopra un nuovo orientamento e sopra criteri nuovi e moderni che ne assicurino lo sviluppo e l'attività.

La discussione sopra la modifica di diversi articoli dello Statuto è proceduta rapida e regolare, con osservazioni pratiche da parte di molti oratori. Si è discusso poi il piano di finanziamento del Sindacato per assicurarne la vita economica, e viene stabilita la quota annuale di L. 5 per ogni iscritto alle organizzazioni di categoria, quota che verrà raccolta e versata per cura dei Consigli Direttivi delle diverse organizzazioni.

Col nuovo anno quindi il Comitato Direttivo, rinnovato ed aumentato, inizierà il periodo di lavoro pratico secondo i criteri del nuovo Statuto reso più adatto alle circostanze attuali.

L'assicurazione contro le malattie in Francia.

La presentazione di un disegno di legge per l'assicurazione statale obbligatoria contro le malattie e l'invalidità ha sollevato in Francia un interesse considerevole nei circoli medici e politici.

La riforma sembra indispensabile in quanto che l'assicurazione era stata introdotta nei territori che

già appartennero all'Impero tedesco e in questi territori continuano a funzionare le Casse d'assicurazione.

Ciò crea una situazione imbarazzante, poichè i territori annessi vengono ad avere un'organizzazione diversa di assistenza sanitaria e perchè ne derivano dualismi amministrativi.

Qualcosa del genere avviene anche in Italia per la Venezia Giulia e la Tridentina.

***

In seno all'assemblea generale dell'Unione dei Sindacati medici della Francia, adunatasi dal 3 al 5 dicembre u. s., vennero prospettati gl'inconvenienti e i danni che possono derivare ai medici dall'applicazione della legge; si decise che le basi di ogni convenzione debbano essere la libera scelta del medico da parte degli assistenti ed il compenso delle singole prestazioni, entro i limiti di contratti collettivi da stipularsi localmente; la libera scelta dovrebbe estendersi ai chirurghi, agli specialisti, ai sanitarî di ospedali, dispensarî, laboratorî, ecc.: per impedire gli abusi da parte dei «médecins marrons» e dei clienti poco scrupolosi, si organizzerebbe un efficace controllo.

I medici della Croce Rossa.

La Presidenza della Lega fra i medici della Croce Rossa Italiana, uniformandosi al desiderio espresso dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici la quale, dopo aver preso in considerazione l'agitazione di questa categoria di classe, ha assunto il mandato di iniziare trattative colla Presidenza della C. R. per tentare di risolvere le attuali divergenze circa la militarizzazione del personale in tempo di pace e la sua incompatibilità al voto e alle cariche sociali, ha deciso di sospendere temporaneamente la polemica sui giornali, riservandosi però la sua completa libertà di azione qualora dette trattative dovessero per qualsiasi motivo fallire.

Si pregia intanto avvisare i medici di Croce Rossa che avessero mandate le loro dimissioni al Comitato Circoscrizionale di Torino prima del 31 ottobre 1920, che le loro domande non sono state trasmesse al Comitato Centrale perchè non presentate in tempo utile.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8620) *Esercizio professionale in autoveicolo.* — Dott. E. N. da T. — Nessuna riduzione delle tasse in vigore è consentita a coloro che a scopo professionale si avvalgono di un autoveicolo e propriamente di un ferromobile a tre ruote.

(8621) *Cassa pensioni.* — Dott. F. V. da S. M. — Avendo vinto il concorso ed ottenuta regolare nomina a medico condotto è obbligatoriamente inscritto alla Cassa di previdenza. Comincia, quindi, solamente da ora, il periodo utile per la pensione. A tale periodo si debbono aggiungere i 7 anni, durante i quali ha pure prestato servizio in base a nomina regolare. Dovrebbe compiere pertanto non 24 anni e 6 mesi di servizio, ma solo 17 e sei mesi.

(8622) *Pagamento della tassa di R. M.* — Dottor V. B. da V. — Non esiste alcuna disposizione che esoneri i medici smobilitati dal pagare la tassa di R. M. Dalla tassa esercizio sono esentati i soli medici condotti, perchè tali, ma non come smobilitati. Per nulla osta a concessioni puramente private l'ufficiale sanitario ha diritto a compenso, sulla indennità trasporto dovuta al medico condotto e sulla indennità come ufficiale sanitario si deve pagare la R. M. Se il nuovo capitolato sopprime la concessione dello stipendio al netto della R. M. il Comune non può rimborsare il medico con ruolo a parte di quanto egli riscuote in meno.

Doctor JUSTITIA.

Certificati infortuni. — Al sig. dott. E. F., Cadola (Belluno), abb. n. 11278:

Il V Congresso della Federazione degli Ordini tenutosi in Roma il 25-26-27 novembre si è, di sfuggita — tenuti presenti i molti, gravissimi argomenti, che erano all'ordine del giorno — occupato degli infortuni industriali ed agricoli, accogliendo il seguente ordine del giorno presentato dai professori Casati e Cappelletti:

«Il Congresso, ecc., mentre afferma la necessità imprescindibile che la legge sugli infortuni agricoli venga sostanzialmente modificata per quanto riguarda la diaria agli infortunati; visto l'art. 36 del testo unico della legge per gli infortuni sul lavoro e gli articoli 79-83 del regolamento per la esecuzione della legge stessa; tenuto conto che l'art. 27 della legge infortuni sul lavoro in agricoltura non modifica in alcun modo i principî informatori della legge generale per gli infortuni sul lavoro; visto l'art. 71 del regolamento per l'esecuzione della legge stessa in cui si parla di certificato medico, non di denuncia che spetta sempre al datore d'opera; dà ordine a tutti i medici italiani di formulare, in tutti i casi di infortuni agricoli, certificati medici contenenti il nome, cognome, paternità, età, data dell'infortunio, modo come l'infortunio è avvenuto, natura e prognosi della lesione, certificato che il medico stesso spedirà coi mezzi comuni all'ufficio assicuratore».

Come l'abbonato può comprendere, si tratta soltanto di un voto platonico; quindi sarà bene che egli si attenga, per ora, e in attesa che tutta la classe sia pronta e solidale per un'azione comune, alle tassative disposizioni delle leggi e dei regolamenti, affinchè non glie ne derivino noie e seccature da parte di qualche magistrato troppo zelante o troppo pedante.

Nessuna quota speciale o cumulativa è stata fissata dal Congresso pei certificati che saranno compensati secondo le disposizioni ora in vigore.

La voce della tariffa dell'Ordine di Roma, citata dall'abbonato (certificato d'infortunio, a richiesta, da L. 50 a 100) non riguarda i certificati d'infortunio industriale, ma gli *infortuni dei privati*.

Io sono assicurato presso una Società anonima infortuni; subisco un infortunio; ho bisogno di un certificato da presentare alla Società presso cui sono assicurato. Dovrò compensare il sanitario estensore del certificato stesso con l'onorario segnato nella tariffa minima dell'Ordine di Roma.

E ciascuno dei certificati successivi riferentisi a un medesimo infortunio dovrà ricevere uguale compenso.

Queste disposizioni abbiamo potuto fissare noi, per i privati: auguriamoci che il legislatore si induca a seguirle per gli infortuni agricoli e industriali.

E. B.

CONCORSI.

Concorso per tenente medico del R. Esercito.

Presso la Scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze avrà inizio con il 1° marzo un corso di mesi quattro per aspiranti alla nomina a tenente medico in s. a. p.

Il numero dei posti è di 100 e potranno concorrervi tutti gli ufficiali medici di complemento e di milizia territoriale che alla data 1° luglio 1921 non abbiano superata l'età di 32 anni. Potranno concorrere anche gli aspiranti medici laureati ed i medici civili che non abbiano superata l'età di 28 anni al 1° marzo 1921 e domandino di essere nominati, all'atto dell'ammissione alla scuola, sottotenenti medici di complemento.

Termine utile per la presentazione delle domande: 15 febbraio.

Si dovrà produrre anche un certificato della Regia Università, presso la quale conseguirono la laurea, indicante il punto di laurea e i punti riportati nelle singole materie.

Il concorso è per titoli e dell'esame di essi è incaricata la Commissione mista di cui al R. Decreto-legge 5 novembre 1920, n. 1597, la quale giudicherà, con determinazione insindacabile, dei concorrenti meritevoli dell'ammissione alla scuola di applicazione.

La nomina degli ufficiali medici reclutati nel servizio attivo, ai sensi della presente circolare, s'intenderà effettuata sotto la data del 1° luglio 1921.

L'anzianità relativa sarà determinata sulla base della graduatoria, che ciascun concorrente riporterà nella classificazione da stabilirsi sui risultati degli esami, che a fine corso dovrà sostenere presso la predetta scuola di applicazione.

Concorso a medico di reparto delle Ferrovie di Stato.

Il termine per la presentazione delle domande a concorso per i reparti dei Compartimenti di Roma, Ancona, Napoli, Bari e Reggio Calabria è prorogato al 28 febbraio.

BARBANIA (*Torino*). — Condotta consorziale: lire 4300 (*sic*) e L. 500 per trasporto, L. 600 quale uff. san., caro-viv., quinquenni. Ab. 5576. Scad. 5 febb.

COSTA DI ROVIGO (*Rovigo*). — Condotta; alle ore 17 del 25 febbr.; soli poveri; L. 6000 oltre L. 600 indennità per alloggio, L. 500 tenuta ambulatorio, L. 2500 indennità mezzo di trasporto se cavallo, L. 1000 se bicicletta, L. 400 se nominato uff. san.; caro-viveri. Servizio entro 10 giorni dalla partecipazione ufficiale di nomina.

LORETO (*Ancona*). *Ospedale della S. Casa.* — Cercasi subito assistente per servizio medico-chirurgico. Stipendio L. 2400 mensili lorde, vitto, alloggio. Ospedale moderno, con gabinetto radiografico e laboratorio completo. Rivolgersi al Direttore.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — 1ª Condotta, per sei frazioni; a tutto il 28 febbr.; L. 12,000 lorde; caro-viveri; l'amministraz. provvede la cavalc.; quattro quinquenni del decimo; alloggio nell'ospedale; cura dei soli poveri. Residenza in Lippiano. Servizio entro 15 giorni dalla partecipazione uff. della nomina.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — Concorso per titoli a direttore del sanatorio « Eremo di Lanzo Torinese »; L. 15,000 nette; aumento di L. 2000 per ogni conferma quinquennale. Chiedere annunzio al Comitato Centrale, Ufficio II, via Toscana 10. Scad. 31 marzo.

Diffide.

Nuove diffide: Castel Vittorio (Porto Maurizio), Grotte di Castro-Sipicciano (Roma).

Annullamenti e sospensioni.

La R. Prefettura di Firenze ha annullato il bando di concorso del comune di Marradi per medici condotti e per alcuni salariati, perchè, contrariamente alle norme di legge, il bando conteneva la disposizione che gli stipendi erano esenti dalla ricchezza mobile e perchè il concorso era limitato in modo che tutti non potessero concorrere.

Il sindaco di Cenate di Sotto (Bergamo) ci partecipa che il concorso al posto di medico condotto consorziale, in data 1° gennaio 1921, venne sospeso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio Nobel della medicina per il 1920 è stato assegnato al dott. Augusto Krogh, professore di fisiologia animale presso la Facoltà di Scienze naturali e matematiche di Copenaghen, per i suoi studi sulla circolazione sanguigna; a lui dobbiamo il microtonometro e la dimostrazione dei movimenti attivi dei capillari.

Il dott. prof. Camillo Barba Morrihy è stato nominato, dal Ministero degli Esteri, direttore del R. Ambulatorio del Cairo, annesso alla Scuola italiana.

Il maggior generale medico Della Valle gr. uff. Francesco è stato nominato Capo della Direzione Centrale del Servizio Sanitario Militare nel Ministero della Guerra.

La nomina è meritato premio al distintissimo ufficiale generale, il quale ha dedicato tutta la sua attività e la sua lunga carriera al Corpo Sanitario Militare, che tanti servizi rese al Paese durante la guerra del riscatto nazionale.

All'illustre uomo, che certamente saprà condurre a compimento le necessarie e urgenti riforme che dovranno elevare il Corpo Sanitario Militare al posto che merita, vadano i nostri sentiti rallegramenti.

Il prof. Francesco Valagussa, medico primario dell'Ospedale Bambin Gesù e docente di pediatria nella R. Università di Roma, nostro valente collaboratore, è stato nominato, per Decreto Reale, « medico onorario della Real Casa » in segno di attestazione, di stima e di fiducia per i servizi che egli rende, con sovrana soddisfazione, alle Loro Altezze gli Augusti Principi.

Rallegramenti cordiali.

DAI NOSTRI ABBONATI.

Nell'esprimere i nostri sensi di gratitudine ai vecchi e nuovi abbonati (fasc. 2, pag. 72), avevamo manifestato il proposito di dare un saggio delle parole d'incoraggiamento e di plauso che da essi continuamente ci giungono e che costituiscono per noi un premio ambitissimo.

Ottemperiamo ora l'impegno assunto; tra le molte attestazioni pervenuteci ci limitiamo a sceglierne alcune.

Il dott. Ercolano Cappi da Castelverde (Cremona) scrive:

« Presento, per quel poco che valgono, vive congratulazioni per il modo con cui è redatto l'apprezzato periodico ».

Il dott. Gerolamo Piccardi da Torino scrive:

« Quale uno dei più vecchi abbonati del *Policlinico,* mi permetto dirvi che l'aumento fatto è logico e necessario e di molto al di sotto dello svalutamento del danaro e dell'aumento di tutte le materie prime e specialmente della carta.

« È giusto perciò che chiunque possa faccia volentieri questo piccolo sacrificio per conservare al Giornale vita florida e decorosa ».

Il dott. T. di I. da S. scrive:

« Il giornale dimostra di offrire un materiale scientifico scelto, fra il moltissimo di cui dispone, si occupa diffusamente di movimento professionale e porta un notiziario che interessa. Lo trovo utile e perciò rinnovo l'abbonamento, sebbene non approvi il nuovo inasprimento di prezzo ».

Il dott. Vincenzo Falcone da Licodia-Eubea (Catania) scrive:

« Mi lasci magnificare la solidarietà e la deferenza fra colleghi... di cui è fulcro la propaganda e l'altruismo del giornale *Il Policlinico,* a cui sono abbonato dal primo numero — dico dal primo numero! ».

Il dott. Isidoro Griffi da Brescia scrive:

« Alla benemerita accolta che assiduamente e valorosamente lavora negli uffici della direzione, della redazione e dell'amministrazione del *Policlinico* per mantenere vivo il sacro fuoco della scienza... mando un saluto vibrante di riconoscenza. Il vecchio abbonato: Isidoro Griffi ».

Il laureando P. Manni da Roma scrive:

« Ne sono soddisfattissimo. Mi associo anche alla Sezione Medica... — La propagando tra i colleghi ».

Il dott. Rosario Spina da Belpasso (Catania) scrive:

« Da due anni sono abbonato al loro diffuso periodico e continuo ad esserlo per quest'anno e spero per moltissimi anni ancora ».

Il dott. Francesco Viola da Torino scrive:

« Esprimo tutta la mia ammirazione per il giornale, che trovo sommamente pratico e nel tempo stesso scientifico, ed al quale rimarrò sempre fedele abbonato ».

E così via. L'AMMINISTRAZIONE.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la città universitaria di Roma.

La Facoltà medica di Roma ha approvato alla unanimità il seguente ordine del giorno:

« La Facoltà medica della R. Università di Roma;

udite le giuste lagnanze e le motivate proteste che intorno all'andamento lentissimo e irregolare dei lavori di completamento dei nuovi edifici universitari, vengono sollevate, ormai da tempo, da tutti i professori interessati;

riconosciuto che nel supremo interesse degli studi e dell'insegnamento e pel decoro stesso dell'Ateneo romano, è urgente trasferire gli Istituti scientifiici dalle attuali sedi inadatte, insufficienti e indecorose di via Palermo e di via Depretis, ove non è più possibile ammettere studenti e medici che, sempre più numerosi, chiedono ogni giorno di esservi accolti;

deplorando che, per la trascuratezza e la imprevidenza di coloro che sono preposti, amministrativamente o tecnicamente, alla costruzione dei nuovi edifizi, si sia già perduto un tempo prezioso, sicchè gli edifizi stessi, a distanza di parecchi anni dal loro inizio, trovansi ancora molto lungi dal loro compimento, mentre il progressivo, fortissimo rincaro dei materiali e della mano d'opera verificatosi nel frattempo, sconvolgendo i preventivi e le disponibilità finanziarie, diviene causa di inevitabili, nuovi indugi e di gravissimi danni all'erario e all'insegnamento superiore;

lamentando che i ripetuti richiami sin qui fatti allo scopo di prevenire tali inconvenienti, siano rimasti inascoltati e inefficaci a causa del solito palleggiarsi delle responsabilità;

richiama l'attenzione dei ministri competenti della pubblica istruzione e dei lavori pubblici su questa deplorevole condizione di cose e reclama l'immediato allestimento degli Istituti scientifici universitari in corso di costruzione e che sono ancora da costruirsi;

invoca, frattanto, la concentrazione della gestione amministrativa e tecnica dei lavori dei nuovi edifici universitari, in un solo ufficio speciale, competente e autonomo, il quale sia almeno direttamente responsabile di ogni ulteriore eventuale inadempienza o trascuratezza ».

Per un'Associazione Internazionale di medichesse.

Nell'ottobre del 1919, in occasione della Conferenza Internazionale delle dottoresse in Medicina tenuta a New York e in cui erano rappresentate quindici Nazioni di ogni parte del mondo, fu fondata l'« Associazione Internazionale delle Dottoresse in Medicina ».

Scopo di questa Associazione è di mettere in comunicazione le dottoresse dei varî paesi e di offrir loro la possibilità di incontrarsi a determinati intervalli per discutere su questioni relative alla salute e al benessere dell'umanità.

L'Associazione non è organizzata per lo sviluppo

di uno speciale ramo della medicina ed esclude dal suo programma ogni questione politica e religiosa.

I membri dell'Associazione sono attivi, contribuenti e onorari: può essere membro attivo ogni donna laureata in una Facoltà di medicina e che esercita nel paese in cui vive.

Data la instabilità del cambio fu deciso che ogni socia paghi una quota iniziale di L. 20 italiane valevole fino al prossimo Congresso dell'Associazione, che si spera di poter organizzare nel 1921 in Europa e nel quale verrà stabilita la quota annuale.

Già in America e in varie Nazioni d'Europa numerosissime sono le adesioni all'Associazione. Si confida che anche le dottoresse italiane risponderanno con slancio all'appello.

Vantaggio non trascurabile di questa Associazione è di offrire alle socie che viaggiano all'estero uno scambievole aiuto.

Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Sede del Comitato organizzatore Italiano presso la dottoressa Clelia Lollini, via Monserrato, 34, Roma.

All'Istituto zootecnico laziale.

Il Re si è recato col generale Cittadini a visitare la sezione zooprofilattica dell'Istituto zootecnico laziale, che è una lodevole iniziativa della Direzione generale di Sanità.

Erano ad attendere il sovrano l'on. Corradini, sottosegretario all'interno, il gr. uff. Lutrario, direttore generale della Sanità, ed altre autorità sanitarie.

Il Re si è intrattenuto lungamente nel laboratorio chimico, dove vennero illustrati dal dott. Tedaldi e dal dott. Alessandrini i metodi di profilassi contro le malattie e specialmente contro il tigo esantematico. Furono eseguiti anche riusciti esperimenti.

Vittima del dovere.

Subito dopo avvenuto il disastro tramviario di Marino, manifestatasi la necessità di un pronto soccorso, fu pensato di richiedere l'opera del valoroso chirurgo dott. Luigi Rossini di Albano. Un *camion* partì da Marino e si recò in Albano per rilevare il dott. Rossini. Questi apprese terrificato la terribile notizia, e, per quanto fosse sofferente di vizio cardiaco, non indugiò un istante e si avventurò al viaggio, col freddo della notte, su un *camion* scoperto.

Giunto sul luogo del disastro si accinse subito alla sua opera preziosa. Ma, sofferente com'era, la sua fibra non riuscì a superare la crisi di un lavoro così improbo anche per un giovane forte, e cadde colpito da una paralisi cardiaca.

Ricondotto in Albano sullo stesso *camion*, sul quale poche ore prima era salito animoso per portare alla sventura il soccorso della sua scienza, è spirato dopo alcune ore circondato da tutti i sanitari del luogo.

Sparisce con Luigi Rossini un chirurgo valoroso, un uomo di cuore, che aveva ovunque, per un ventennio, con alta visione della sua missione umanitaria, portato il soccorso del suo sapere.

È morto a New York il prof. P. J. MELTZER, l'eminente fisiologo al quale la moderna chirurgia deve l'insufflazione intratracheale.

Era nato in Russia nel 1851; si educò a Koenigsberg; poi studiò medicina a Berlino; nel 1882 si trasferì negli Stati Uniti; nel 1906 fu nominato direttore del Dipartimento di fisiologia e terapia dell'Istituto Rockefeller, ove eseguì le sue importantissime ricerche. Durante la guerra prestò servizio nella riserva. B.

Indice alfabetico per materie.

Roma. 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

Anno XXVIII Roma, 31 Gennaio 1921 Fasc. 5

IL POLICLINICO

ANNO XXVIII — Roma, 7 Febbraio 1921 — Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI NEUROPATOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretto dal Prof. C. NEGRO.

Inversione del ritmo del sonno, con agitazione psico-motoria notturna (Sindrome post-encefalitica).

Dott. G. ROASENDA, docente ed assistente.

Possiamo premettere, senza tema di errare, che sulla genesi del sonno nulla ancora si conosce di preciso, e nemmeno forse di approssimativo. Teorie in proposito vennero emesse in gran copia: ma appunto perchè troppe ve ne sono, nessuna corrisponde in modo inoppugnabile dalla critica. Si può ricordare, fra altre, l'ipotesi di Mathias Duval (essa va sotto questo nome, ma era già stata emessa precedentemente da Lépine: *Revue Médicale*, 1894), che è fondata sul concetto dell'*ameboidismo* dei prolungamenti delle cellule nervose. Il sonno avverrebbe quando, ritraendosi i prolungamenti delle cellule corticali, i neuroni perderebbero i reciproci contatti, restando così temporaneamente abolita l'attività psico-motoria.

La teoria ebbe presto dei contraddittori, i quali fecero fondate obbiezioni. Non si può negare però che essa fosse attraente: da ciò si spiega perchè in poco tempo si sia facilmente volgarizzata e sia venuta a conoscenza anche del pubblico che non si occupa *ex professo* di scienza.

Oltre alle altre lacune, l'ipotesi di M. Duval ha anche quella di non spiegarci in modo esauriente ed accettabile per quali ragioni (e-

sogene ed endogene) questo sganciamento interneuronico avvenga, e perchè si produca con un determinato ritmo.

Lugaro perfezionò tale ipotesi, o meglio, ne fece una la quale parte ugualmente dal concetto dell'ameboidismo degli elementi nervosi, basando la sua concezione su dati anatomici e fisio-patologici: e presentandola in modo tale che, se non potè aver conferma precisa di dati oggettivi, non può nemmeno, d'altra parte, essere trascurata o rigettata.

Non parlo delle altre concezioni (teoria circolatoria, teoria autotossica, ecc.), colle quali vorrebbesi interpretarne il meccanismo e la genesi; desidero però ricordare gli studi di Salmon, sul possibile rapporto fra le funzioni ipofisarie ed il sonno.

***

Ho creduto utile di accennare brevemente a questo problema, non perchè io abbia elementi o documenti nuovi da portare, i quali servano ed aiutino per una nuova interpretazione, ma essenzialmente per dimostrare come, essendo ancora lontani dalla soluzione di esso, resta assai difficile di spiegare con giusti criteri fisio-patologici le alterazioni del sonno, le quali si incontrano assai facilmente, com'è risaputo, in molti stati nervosi particolari, ed in un gran numero di malattie, le quali, direttamente od indirettamente, hanno delle ripercussioni sul sistema nervoso.

In altre parole, la patologia del sonno è tanto poco conosciuta come la fisiologia di esso. Siamo quindi ridotti od a fare anche qui delle ipotesi nuove più o meno vaghe, od a registrare semplicemente i fenomeni anomali, come si presentano, portando così elementi i quali, per quanto riguarda la loro patogenesi, potranno essere interpretati con studi e ricerche ulteriori. Essenzialmente, nel momento attuale, questi hanno la loro importanza clinica, e possono acquistare la dignità, in taluni casi, di vere sindromi nervose.

Non è il caso che, anche a titolo di introduzione alle mie osservazioni personali, io mi dilunghi sulla descrizione dei disturbi del sonno e dell'insonnia, quali sono ora catalogati nei trattati più recenti. È di constatazione abituale il fatto che tutte le malattie acute con febbre elevata possono provocare o delle *ipersonnie* o dei fenomeni di insonnia — è conosciuta, d'altra parte, la facilità alle alterazioni del sonno normale in chi ha avuto traumi al capo con o senza lesioni cerebrali facilmente verificabili, e nei pazienti affetti da tumore cerebrale, o da alterazioni del tessuto cerebrale stesso, della sua circolazione, e della pressione che esiste nella cavità cranio-rachidea.

Come pure io non mi fermerò sulla narcolessi, equivalente di epilessia, e sul sonno isterico, comandato o suggerito — questi, insieme coi fenomeni del sonnambulismo, fanno parte di capitoli speciali degli studi neuropsichici.

Io desidero solo, lasciando in disparte le manifestazioni della malattia del sonno, accennare qui che, anche prima della più recente epidemia di encefalite, ed all'infuori dei ricordi storici di altre epidemie dello stesso genere, riportati nelle moltissime pubblicazioni sull'argomento, gli Autori hanno riscontrato una particolare facilità al sonno anche nella cosidetta *polioencefalite superiore acuta.* Per riguardo alle modalità della sonnolenza studiata nell'ultima epidemia di encefalite, non è necessario insistere, perchè di questa forma morbosa e di tutte le sue manifestazioni si è ampiamente, e dettagliatamente scritto in questo stesso anno, ed in modo tale, che non è necessario rinfrescarne la memoria. È infatti indiscusso che, se da una parte è improprio per tale forma morbosa l'attributo «letargica», perchè la sonnolenza e le manifestazioni a tipo letargico, pur essendo assai frequenti, possono però mancare, od essere sostituite da manifestazioni in senso opposto, vale a dire di eccitamento, di delirio e di insonnia, non possiamo dall'altra non dare valore ed importanza grandissimi a quella parte della fenomenologia che prende, in qualche modo, il sonno o accentuandone le manifestazioni, od impedendolo. Pur troppo, sia detto di sfuggita, anche in questi casi, nonostante le importantissime ricerche anatomopatologiche, non si è avuto la possibilità di interpretare la patogenesi di tali disturbi. Faccio qui una breve parentesi per accennare all'impressione che avevo avuto di conferma all'ipotesi di *Salmon*, per quanto riguarda l'eventuale rapporto fra l'ipofisi ed il sonno, quando una delle prime autopsie, fatta da un illustre anatomo-patologo, aveva lasciato scorgere in un caso di encefalite epidemica venuto a morte, importanti lesioni dell'ipofisi — ma, evidentemente, tale reperto non ha avuto sinora conferma, perchè in protocolli di altre autopsie in cui il fenomeno letargico durante la vita si era presentato caratteristico, io non ne ho trovato una simile, regolare ed abituale constatazione.

Non è nemmeno mio intendimento di passare in rivista, dal lato semiologico, tutti i varii disturbi del sonno che si presentarono nei pazienti dopo ed in conseguenza di pre-

gressa encefalite. Nella mia esperienza — che conta trentadue casi osservati e seguiti in tempi di epidemia, ed un numero molto più rilevante di essi in cui ho potuto constatare esiti o reliquati di tale malattia — ho avuto occasione di notare frequentemente che, come altri disturbi nervosi (astenie, tremori, disturbi di movimento di varie modalità, ecc.) permangono od anche si instaurano dopo il periodo che si potrebbe chiamare acuto di essa e possono acquistare talvolta, come mi risulta dalle mie stesse osservazioni, una stabilità e probabilmente in taluni ammalati una inamovibilità assoluta, così in molti casi che io continuo a seguire esiste ancora attualmente un'insonnia relativa, ma tenace ed invincibile.

Per parte mia inoltre, ho potuto stabilire che certi speciali disturbi del sonno accompagnati da agitazione psico-motoria, possono anch'essi prolungarsi per un periodo assai lungo di tempo, che fin'ora, perchè essi si continuano, non si può peranco fissare.

Lo scopo di questa Nota è appunto quello di riferire sopra tre casi in cui, dopo parecchi mesi dall'infezione encefalitica, essendo rientrati nell'ordine gli altri fenomeni nervosi, persistono invece disturbi tali nel sonno (instauratisi durante il periodo della convalescenza) che hanno una fisionomia tutt'affatto speciale, e che meritano perciò di essere conosciuti, anche perchè, a causa della somiglianza che presentano fra di loro, rappresentano un quadro speciale che può figurare colle altre sindromi post-encefalitiche.

* * *

Il primo di tali casi si riferisce ad un uomo, B. F., di anni 36, meccanico.

Dati del gentilizio assolutamente negativi.

Il 10 febbraio del corrente anno si ammalò di encefalite. — Dopo strapazzi fisici ed intellettuali a cui dovette sottostare durante una settimana, nonostante che egli notasse, negli ultimi giorni di essa, un malessere generale mal definibile, con cefalea e forse febbre, e particolarmente dopo che, in tali condizioni, aveva dovuto trascorrere un'intera notte, vegliando, per scrivere cose urgenti e per far dei conti, egli fu obbligato a tenere il letto.

Continuandosi, più accentuata ancora che nei giorni precedenti, la cefalea, incominciò in seguito una sonnolenza, la quale si continuava giorno e notte, ma da cui poteva essere svegliato facilmente, per ritornare appena cessato lo stimolo che lo teneva desto. Questa durò, ininterrottamente, per sei o sette giorni.

Egli, a causa del suo stato mentale, per cui l'attenzione e la percezione erano di molto ridotte, per non dire del tutto assopite, non ricorda se abbia avuto altri disturbi nervosi in quel periodo di sonnolenza: essendosi ammalato lontano da casa e dalla sua famiglia non può avere ora nemmeno, da chi lo assisteva, notizie al riguardo precise ed esaurienti. Racconta solamente che, dopo qualche tempo, fu accompagnato a casa (da Treviso a Torino): e che dopo tale viaggio (non sa dire come sia avvenuto il passaggio dalla sonnolenza alle condizioni speciali che egli racconta, e che noi possiamo osservare e constatare tuttora: fine del mese di agosto) si manifestarono, fin dal periodo che egli chiama della convalescenza, i seguenti fenomeni. Egli dorme una parte delle ore della giornata, e non può invece dormire di notte. Durante la notte è particolarmente agitato ed irrequieto: parla ad alta voce continuamente, lamentandosi per lo più delle sue condizioni, racconta degli affari che ha trattato, del suo male, della sua famiglia. È perfettamente cosciente delle sue parole, e della sua agitazione, e, d'altra parte non può impedirle. Non dice mai delle cose strane, e non ha allucinazioni. Contemporaneamente egli compie dei movimenti che non può reprimere in nessun modo: si agita, muove gli arti, disordinatamente. Tali reazioni motrici possono essere provocate fors'anche da parestesie, che egli soffre di notte agli arti stessi, specie nei loro segmenti distali. È disturbato parimenti da parestesie della mucosa naso-faringea: per le quali continua a fare dei movimenti speciali colla musculatura del faringe, accompagnati da rumori non facilmente descrivibili (eruttazioni; o come se continuasse a far passare, con difficoltà, muco dal naso alla faringe; o volesse espettorare mucosità della gola, ecc., ecc.). Qualsiasi ipnotico, qualunque mezzo per procurargli il sonno durante la notte, a dosi normali, agisce poco bene per una o due sere, poi non ha più effetto. Io ho provato coi bromici, cogli ipnotici quali il veronal, il dial, il luminal, col cloralio, con preparati di oppio: ho indicato bagni caldi ed impacchi alla sera: ho somministrato sedobrol durante la giornata ed all'ora del pranzo, ed un ipnotico all'ora di coricarsi: ma il risultato, se pareva essere discretamente buono alle prime applicazioni e somministrazioni, dopo due o tre giorni ogni pratica ed ogni rimedio si dimostravano inefficaci. Nel caso più favorevole egli si addormentava per due o tre ore: poi si risvegliava in preda alla solita agitazione psico-motoria.

Al mattino invece, invariabilmente verso le sei, prende sonno spontaneamente. Allora riposa tranquillo, e, per lo più, di un sol fiato, fin verso le dodici; ed il suo sonno non presenta caratteristiche speciali. Deve avere l'avvertenza però di non tener guanciali sotto la testa: anzi, questa deve sporgere un po' fuori del letto, perchè appoggi il meno possibile, e non senta quindi il calore del guanciale, che gli riesce fastidioso, e gli impedisce di riposare.

Alzandosi, egli pranza con appetito, e, nel pomeriggio, si sente discretamente bene, e si comporta come una persona normale: presentandosi solamente come un depresso di lieve grado, a causa specialmente, afferma, della preoccupazione che egli ha di non poter lavorare assiduamente, come era solito a fare prima che si ammalasse.

— All'esame obbiettivo del sistema nervoso non si riscontrano nè da parte della riflettività tendinea e cutanea, nè per le varie forme

della sensibilità, importanti deviazioni dalla norma. Esiste bensì una certa vivacità nella reflettività tendinea, ma non tale da doversi ritenere patologica. Si può notare inoltre un dermografismo rosso accentuato e persistente, ed una abbastanza notevole midriasi pupillare: le pupille reagiscono però bene alla luce ed alla convergenza. Non si rilevano quindi segni che siano l'indizio di una lesione organica del sistema nervoso.

(Mi è stato riferito di questi giorni — primi di ottobre — che le sue condizioni non presentano cambiamenti nei disturbi suddescritti nè accenni a miglioramento).

***

Il secondo caso in cui io ho potuto osservare fenomeni quasi identici, riferibili ad una stessa eziologia, concerne un bambino di 5 anni, il quale era stato affetto del pari, nel febbraio scorso, di encefalite epidemica, diagnosi confermata da varii clinici, e sul decorso della quale, dalla famiglia, io ho potuto avere informazioni assai poco precise. È certo che egli ha attraversato in quel periodo parecchi giorni in uno stato di continuata sonnolenza, e pare che abbia avuto paralisi di muscoli oculari, che poi scomparvero.

Io l'ebbi in osservazione, come l'ammalato precedente, nel mese di agosto: arrivò una sera allo Stabilimento di Cossila, che io dirigo durante il periodo estivo, ed il padre la stessa notte mi cercò, perchè io potessi osservare i disturbi da cui il bambino era tormentato. Erano circa le cinque del mattino quando io lo vidi; i fenomeni si erano iniziati alle dieci della sera precedente, e consistevano in intensissimo eccitamento psichico e motorio: il bambino era logorroico: rispondeva alle domande, ma poi passava facilmente da uno ad un altro argomento, lasciando constatare anche una ideorrea ed uno stato di confusione mentale abbastanza accentuato. Non sembrava però allucinato. Egli continuava a far movimenti: in parte logici, coordinati (abbracciare il padre, passargli le mani attorno al collo, muovere i piedi e le gambe in tutte le direzioni per divincolarsi, se era tenuto in braccio; alzarsi, aggrapparsi alla sponda del letto od ai mobili vicini se era coricato): in parte illogici, quali i coreici, diffusi a tutta la muscolatura del corpo, e talora anche simili agli atetosici. Nessuna raccomandazione, preghiera o sgridata serviva a tenerlo tranquillo: tutt'al più egli si poteva trattenere qualche minuto secondo quando la sgridata era molto forte od il padre lo minacciava di percosse o di punizioni — ma poi riprendeva subito ad agitarsi nel solito modo, non importando che la luce fosse accesa o spenta; in questo secondo caso, anzi, la verbigerazione era più accentuata, ed i movimenti si intensificavano, senza che valesse a trattenerli la paura di farsi del male. Il bambino infatti portava segni evidenti di contusioni al capo ed in altre parti del corpo, procuratesi in quel modo.

L'esame del sistema nervoso non aveva lasciato riscontrare nulla di notevole all'infuori di una certa midriasi pupillare (essendo però bene conservate le reazioni delle pupille alla luce ed alla convergenza), dovuta fors'anche agli ipnotici che ingeriva quotidianamente, ed un aumento della reflettività tendinea (come nell'altro ammalato di cui ho riferito la storia clinica).

Va notato che, anche qui, tale stato di cose durava da quando era cessata la sonnolenza della sua forma encefalitica, e che non si era potuto modificare in nessun modo, nonostante tutti i sedativi, di cui anzi, a mio giudizio, egli aveva fatto un uso eccessivo (bromici, veronal, luminal, cloralio, ed anche preparati di oppio, pantopon in dosi straordinariamente elevate per la sua età).

Quando spuntava la luce del giorno, incominciava a prender sonno; dormiva allora tranquillamente fin dopo il mezzogiorno, poi mangiava con appetito ed abbondantemente, e nel pomeriggio, all'infuori di una certa sonnolenza che talvolta lo prendeva (per i sedativi che i parenti continuavano a fargli ingerire?), si comportava come un bambino normale, attento, ed intelligente: forse un po' troppo vivace per la sua età (leggiero stato di eccitamento?) egli ragionava e raccontava dei suoi disturbi della notte, e faceva buoni proponimenti per la notte successiva, per la quale prometteva che se anche non avsse potuto dormire, sarebbe almeno stato tranquillo. Ma, arrivata la sera, e passate le dieci, ricominciava l'agitazione delle notti precedenti.

***

Il terzo caso, il quale si assomiglia ai due precedenti, non rimase sotto la mia osservazione, ma si presentò solamente per una visita ambulatoria.

Si trattava di una donna di 35 anni, la quale, verso la fine di gennaio di quest'anno era stata ammalata di encefalite a tipo nettamente letargico, con mioclonie, paresi di muscoli oculari, ecc., ecc. Dopo il periodo in cui la sonnolenza si era continuata ininterrottamente (cinque giorni), per otto giorni fu in uno stato di eccitamento psico-motorio, con insonnia invincibile; ed in seguito s'iniziò una condizione speciale di cose, la quale perdura tuttora.

La paziente, la quale nelle ore pomeridiane si dimostra perfettamente normale, durante la notte, completamente insonne, è agitata, irrequieta, logorroica;! sta in letto per un certo tempo, poi le viene un desiderio, una necessità infrenabile di alzarsi, di muoversi, e di parlar forte, di modo che disturba tutti i suoi di casa. All'avvicinarsi dell'alba si assopisce, e poi dorme, come i due altri pazienti di cui ho riferito la storia, profondamente, e per parecchie ore. Anche per essa i calmanti, i sedativi e gli ipnotici somministrati non ottennero alcun effetto, se non nelle prime sere.

L'esame obbiettivo del sistema nervoso non lasciò rilevare nulla di notevole (accentuazione dei riflessi tendinei, e null'altro).

Nelle sue condizioni mentali, esaminate solamente nelle ore pomeridiane (non ho potuto fare altrimenti), non si riscontrava alcuna alterazione speciale, all'infuori di una leggiera depressione del tono sentimentale.

***

Sottolineo, ripetendomi, il fatto, che in tutti e tre i pazienti si è avuto, colle cure a nostra disposizione, lo stesso risultato negativo. E sì che nei due primi, oltre ai medicamentosi,

furono, con tutta la diligenza possibile, tentati tutti i mezzi fisici conosciuti, quali si possono avere appunto in un bene organizzato istituto di cure fisicoterapiche!

Del primo ammalato ho già detto constarmi che egli si trova ancora attualmente coi disturbi surriferiti; del bambino ho saputo del pari, verso la metà di ottobre, che non si erano fino a quell'epoca ottenute modificazioni nel suo stato morboso. Della donna non ho più avuto notizie, perchè non si è più ripresentata a farsi visitare.

Avrei voluto praticare a scopo terapeutico — e lo farò ancora in seguito se mi sarà possibile — una od eventualmente parecchie punture lombari, con estrazione di quantità di *liquor* progressivamente crescenti, eventualmente sostituite da egual quantità liquido isotonico. Mi rincresce di non aver potuto fare tale tentativo, da cui avevo ragione di sperare qualche risultato.

***

Nella letteratura medica io non ho trovato molti dati che possano confrontarsi in tutto coi miei personali. Un caso solo desidero di citare, perchè ha qualche somiglianza coi miei descritti, il 4° cioè di *Bremer*, nella sua comunicazione «*Formes mentales de l'encéphalite épidémique*» alla Società di Psichiatria di Parigi (seduta del 17 giugno 1920: V. *L'Encephale*. N. 8, 920, pag. 517).

Si trattava di un bambino di 9 anni, ammalato nello scorso febbraio di una forma oculo-letargica tipica di encefalite, il quale attraversò le seguenti fasi: 1° di sonnolenza profonda con emicorea leggiera (circa 2 mesi); 2° di sonnolenza diurna e di insonnia notturna (un mese); 3° di insonnia costante e di eccitazione maniaca, specialmente durante la notte, la quale durava ancora all'epoca della comunicazione.

Per le crisi di eccitamento, egli ha dovuto essere internato in un'apposita casa di cura per malattie mentali: perchè a cagione di esse, solite a manifestarsi specialmente nella prima metà della notte, egli era rumoroso, si alzava dal letto, gridava, urlava, invitava coi pugni chiusi persone vigorose ed adulte a battersi con lui, provocava gli altri ammalati, sputava sui letti, faceva una ginnastica violenta, imponeva a tutti di uscire dalla camera, cercava di abbracciare le infermiere, oppure rideva sgangheratamente e cantava; talora invece cercava di farsi del male ed anche di suicidarsi.

Durante il giorno esso si comportava come un ipomaniaco.

***

Confrontando la sintomatologia presentata dai nostri tre ammalati, e riassumendola in poche parole, possiamo concludere che, in seguito ad encefalite epidemica, tutti e tre hanno presentato un'inversione del ritmo del sonno, perchè invece che dormire durante la notte e restare svegli nella giornata, godevano di un sonno discretamente buono, riparatore e sufficiente dal mattino fino ad ore abbastanza avanzate del giorno: mentre erano tormentati da un'insonnia, accompagnata da agitazione psico-motoria nelle ore della notte: insonnia non domabile da nessuno degli abituali mezzi fisici o medicamentosi a disposizione del medico.
mabile da nessuno degli abituali mezzi fisici o
o medicamentosi a disposizione del medico.

***

La sindrome, come si è presentata nei miei pazienti, non manca certamente di singolarità.

In moltissimi casi io stesso ho notato un'insonnia post-influenzale (1); ed insonnia io ho avuto occasione di osservare, come ho già accennato, in luogo della sonnolenza, in molti ammalati affetti da encefalite epidemica, insonnia che poteva continuarsi per molto tempo dopo guariti i fenomeni acuti della malattia. Ma un disturbo così speciale del sonno nel suo ritmo, accompagnato da un turbamento parimenti rimarchevole dello stato psichico (intensa agitazione psico-motoria durante la notte, in contrasto con una normalità quasi perfetta delle funzioni psichiche e motorie nelle ore del pomeriggio) se non è proprio dei postumi di encefalite epidemica, dev'essere certamente assai raro in altre malattie o reliquati di malattie del sistema nervoso.

Forse qualcosa di simile succede, fino ad un certo punto, in casi di malattia del sonno, in cui la sonnolenza del giorno può lasciare il campo ad uno stato delirante e di agitazione che si manifestano solamente durante la notte. Io non ho avuto occasione di seguire ammalati di tale forma morbosa, e nemmeno di avere sottomano una vasta letteratura sull'argomento: per quanto ho letto però, mi risulterebbe che, contrariamente a quanto succede nei casi nostri, nella malattia del sonno, contemporaneamente agli accennati disturbi, esistono altri fenomeni che stanno a denotare uno stato morboso in evoluzione (quali la cefalea che può presentarsi assai forte e prolungata, polso fre-

---

(1) G. ROASENDA: *Sindromi nervose e psichiche post-influenzali a lungo decorso.* Quaderni di Psichiatria, vol. VIII, 1920, n. 7-8, pag. 172.

quente e frequente pure il respiro, anche nei momenti in cui la febbre, remittente e per lo più non molto elevata, è assente, disturbo nella motilità di muscoli oculari, ecc.).

***

Prima di chiudere desidero avanzare, sui fenomeni osservati nei miei pazienti, e che mi hanno dato occasione a scrivere questa breve « Nota », una vaga ipotesi: che cioè i reliquati di forme encefalitiche come quelli da me controllati, siano dovuti ad esiti o fors'anche a processi infiammatorii tuttora persistenti in qualche punto del nevrasse; i quali continuando a perturbare per qualche ragione « l'attività periodica ed alterna di gruppi ormonici a tipo fondamentale antagonistico » (Barbara) (1) regolatori del sonno, sarebbero in grado di provocare conseguentemente l'inversione degli effetti dovuti alle influenze ormoniche che normalmente si alternano nel giorno e nella notte, vale a dire al gruppo ormonico eccito-anabolico (assimilazione) ed a quello eccito-catabolico (disassimilazione).

Torino, 20 ottobre 1920.

---

(1) M. Barbara; *Il problema della genesi del sonno. (Le azioni ormoniche regolatrici del fenomeno)*. Comunicazione alla R. Accademia delle Scienze Mediche in Palermo, seduta del 27 marzo 1920.

Nota. — Dopo avere spedito il manoscritto di questa pubblicazione, ho potuto fare parecchie altre constatazioni simili a quelle dei tre casi sopra ricordati; constatazioni che fanno assumere un'importanza di maggiore estensione alla sindrome post-encefalitica suddescritta.

NOTE PREVENTIVE.

Ospedaletto dei Bambini di Ancona.

Il trapianto della valvola ileo-cecale.

Nota preventiva.

Dott. Alberto Caucci, chirurgo primario.

Riferisco i primi risultati di alcune esperienze intraprese nei cani per studiare il comportamento della valvola ileo-cecale, distaccata dal cieco ed impiantata nel colon, conservando la sua continuità con il tenue; ho voluto, in altri termini, tentare l'impianto termino-laterale dell'ileo nel colon, conservando la valvola ileo-cecale, per vedere se fosse possibile, dato l'insuccesso delle disposizioni valvolari artificiali, ottenere un'anastomosi ileo-colica, continente il rigurgito fecale e sopratutto atta ad impedire il meteorismo del tenue.

La tecnica delle esperienze è stata la seguente: escissione d'un collaretto della parete tiflocolica, 5 mm. intorno allo sbocco dell'ileo, resezione del cieco e chiusura terminale del colon; impianto termino-laterale dell'estremo dell'ileo nel colon discedente, eseguendo le suture sul collaretto.

I risultati furono controllati in due modi: 1° in un secondo intervento, mentre s'iniettava acqua nel retto sotto pressione (misurata da un manometro a mercurio) si constatava a quale pressione la valvola veniva forzata; 2° in altre esperienze la continenza veniva osservata radiologicamente: queste ricerche radiologiche vennero eseguite dal dott. Arrigo Montanari.

Il risultato costante, nei cinque animali sopravvissuti, è stato la *conservata continenza della valvola ileo-cecale* trasportata sul colon, anche a considerevole pressione del clisma (perfino a 10-15 cm. di mercurio); nel cadavere la continenza viene meno; nelle prime settimane s'osserva spesso l'inibizione dello sfintere valvolare. La sezione del tenue e del mesentere, poco sopra la terminazione nel colon, produce l'incontinenza valvolare.

Ulteriori ricerche sono in corso.

Ancona, 12 gennaio 1921.

CONTRIBUTI CLINICI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore incaricato: Prof. TULLIO LUZZATTI.

Il trattamento della tosse convulsa con le iniezioni di etere.

Nota del dott. GIOVANNI GENOESE, assistente.

I numerosi casi di pertosse potuti osservare in questo anno sia all'ambulatorio della nostra Clinica che privatamente hanno indotto molti di noi ad eseguire delle ricerche sulla terapia di questa affezione specialmente usando la vaccinoterapia, ed i risultati schematici di tali ricerche sono stati comunicati da Spolverini in una lucida relazione fatta alla Accademia medica di Roma e pubblicata poscia sulle colonne di questo giornale.

In genere il vaccino usato dai miei colleghi è stato quello preparato dal Levi Della Vida dell'Istituto di Igiene della nostra Università, consistente in emulsione fatta in soluzione fisiologica fenicata al 0.5 % di patine di 36 ore del bacillo di Bordet e Gengou coltivato in estratto idroglicerico di patata agarizzato con l'aggiunta di sangue defibrinato di coniglio e reso innocuo mediante il trattamento dell'alta temperatura.

È noto come sui vaccini ferve ancora il dibattito fra gli studiosi e come fatti clinici inoppugnabili confermano sempre più come la vaccinoterapia omologa ed eterologa hanno identità di azione terapeutica, azione che si estende anche ad altre proteine extrabatteriche (latte, peptone, albumose, nucleine), onde io, a differenza degli altri colleghi, ho voluto seguire una via diversa, ed oltre ai soggetti trattati con il vaccino specifico del Levi (20 casi), in 10 casi ho usato un vaccino eterologo (anticolibacillare), in altri 10 delle proteine extrabatteriche preferendo il latte intero ed il latte misto a peptone e preparato col metodo di Tiroloux, ed in una ultima serie di casi (20 bambini) ho usate le iniezioni di *etere solforico* che recentemente in Francia in mano di sperimentatori coscienziosi hanno dato risultati superiori ad ogni aspettativa.

Delle prime ricerche sulla vaccinoterapia e proteinoterapia nella pertosse darò conto in una prossima pubblicazione nella quale sono confermati pienamente i risultati ottenuti dagli altri, risultati che si possono dire ancora molto incerti e non tali da dichiarare risoluto il problema della terapia di questa affezione, in questa nota mi piace riferire sulla efficacia delle iniezioni di etere solforico nella tosse convulsa perchè si tratta di un metodo di cura semplice, che non richiede particolari o complicate manipolazioni di laboratorio o tecniche speciali, di un metodo alla portata del medico pratico e che dà risultati meravigliosi ed in alcuni casi addirittura sorprendenti.

L'etere usato come rimedio eroico negli stati asfittici, sincopali ed adinamici fu preconizzato in terapia come specifico dal De Castel nel vaiolo e dal Lemoine nell'uremia: il De Castel nel vaiolo iniettava due o tre volte al giorno un cmc. di etere associandolo all'oppio (15-20 centg. di estratto tebaico) con lo scopo secondo lui di sopprimere o di attenuare considerevolmente la suppurazione: Dreyfus-Brissac, Gonnard e Balzer hanno confermato i risultati di questo trattamento.

Nell'uremia Lemoine, di Lilla, consiglia ogni ora una iniezione di due o tre cmc. di etere, che avrebbe secondo il suddetto autore l'effetto di sostenere il bulbo e di facilitare la respirazione e la circolazione oltre che attiverebbe potentemente la diuresi: Huchard dice che i vantaggi di questa medicazione nella uremia sono reali, ma consiglia le dosi medie.

Nella *tosse convulsa* l'etere per le sue proprietà antispasmodiche note fu usato per inalazioni da Cadet de Gassicourt: durante gli accessi il farmaco versato su un fazzoletto veniva fatto aspirare ai piccoli pazienti ottenendo così non solo una diminuzione considerevole degli attacchi, ma anche una minore intensità: questo metodo non ebbe fortuna poichè di difficile attuazione tenuto conto del dibattersi dei bambini durante gli accessi di pertosse.

Il trattamento della tosse convulsa con le iniezioni intramuscolari di etere, mai prima tentato, fu esperimentato per la prima volta in Francia da Audrain nel 1914 ed i risultati di tali esperienze furono dallo stesso autore comunicati al Congresso dell'Associazione francese per l'incremento delle scienze dello stesso anno, in una relazione fatta sul valore dell'etere nel trattamento di alcune malattie infettive: in 14 casi di pertosse l'Audrain ottenne con l'etere risultati eccellenti, vide cessare subito il vomito, modificarsi gli accessi sia come intensità ché come durata ed in quasi tutti i casi diminuire fino alla scomparsa alla 2ª o alla 3ª iniezione, tanto che lo disse il trattamento di scelta.

Risultati identici recentemente ottennero il Weil, di Lione, ed il suo allievo Doufourt, che usarono l'etere anche in bambini di tenera età ed in ogni stadio della malattia con o senza complicanze, il Renard di Saint-Etienne e il De Herripon, aiuto nella Clinica delle malattie infantili di Lilla.

Renard cita il caso di due bambini della stessa famiglia dei quali uno guarì alla 3ª e l'altro alla 4ª iniezione, e De Herripon rapporta la storia di 30 casi nei quali con l'etere ebbe 25 guarigioni assolute.

Questi buoni risultati furono in questi ultimi tempi confermati nella seduta del 4 giugno 1920 della Società medica degli Ospedali di Parigi da altri pediatri, quali il Dalché, Variot e P. E. Weil.

In quanto alle dosi in massima gli autori citati si attengono alle seguenti: in poppanti meno di un anno ½ o ²/₃ di cmc. per volta; sopra 1 anno da 1 a 2 cmc. per ogni iniezione: durata della cura da 6 a 12 giorni con una iniezione ogni due o tre giorni: per la tecnica, bisogna iniettare profondamente il rimedio nei glutei, con le solite norme e cautele di ogni altra iniezione intramuscolare: non si ha che lieve dolore e localmente alle volte un leggiero arrossamento che dilegua dopo poco.

Le mie ricerche con l'etere abbracciano un gruppo di 20 bambini di vario sesso ed età: dai 6 mesi agli 11 anni, tutti affetti da forme gravi di pertosse, in vario stadio del male, ed alcuni con complicanze broncopolmonari.

Non mi dilungo con la pubblicazione dei diarî e della sintomatologia dei piccoli pazienti: solo raggruppo nel seguente specchietto i risultati che sono quelli che interessano.

N.	NOME	ETÀ	Giornata di malattia	Numero delle iniezioni	ESITO	*OSSERVAZIONI*
	Carta V.	mesi 14	8ª	4	Guarigione	—
2	Fontana F.	m. 9	10ª	3	„	—
3	Fontana E.	a. 6	15ª	5	„	—
4	Borghesi A.	a. 9	12ª	5	„	—
5	Moroni M.	m. 9	14ª	4	„	Complicata a broncopolmonite.
6	Montani A.	a. 11	10ª	4	„	—
7	Lecini C.	m. 28	15ª	5	„	—
8	Casoria V.	m. 7	12ª	4	„	Complicata a broncopolmonite.
9	De Felice F.	a. 3	8ª	3	„	—
10	De Felice G.	m. 12	6ª	4	„	—
11	Maltoni A.	a. 6	12ª	3	„	—
12	Ricci M.	m. 14	7ª	5	„	—
13	Vetri A.	m. 6	12ª	4	„	—
14	Romagnani R.	a. 6	16ª	3	„	—
15	Cicchetti M	a. 4	6ª	5	„	Complicata a broncopolmonite.
16	Vergini M.	a. 2	7ª	4	„	—
17	Iannetti G.	a. 3	6ª	4	„	—
18	Iannetti P.	a. 4	10ª	5	„	Complicata a broncopolmonite.
19	Fabrizi M.	m. 8	11ª	4	„	—
20	Fabrizi G.	a. 6	10ª	6	„	—

È noto che l'etere impropriamente detto etere solforico, è l'ossido di etile che si prepara distillando l'alcool in presenza di acido solforico concentrato: nella reazione si forma dapprima etere etilsolforico il quale reagendo con un'altra molecola di alcool forma l'etere e ripristina l'acido solforico.

In commercio si distinguono diverse qualità di etere: il *comune officinale*, che contiene piccole quantità di acqua e di alcool; il *rettificato*, che è quasi esente da acqua e da alcool, e l'etere purissimo per anestesia che è preparato con processi speciali: si libera dell'alcool lavandolo con latte di calce e si priva dell'acqua distillandolo nella calce caustica.

L'etere usato per queste ricerche mi fu fornito purissimo in fiale esattamente dosate dalla farmacia del Policlinico; del resto fiale di etere puro si trovano in ogni buon laboratorio chimico ed in ogni buona farmacia.

Per la tecnica mi sono servito di una comune siringa di ebanite a perfetto funzionamento, con ago di acciaio un po' lungo e sottile, bene innestato in modo da evitare qualsiasi dispersione: è bene appena aspirato il liquido dalla fiala tenere la siringa pronta per l'iniezione

con l'ago in alto, diversamente l'etere sfugge con molta facilità.

L'iniezione va fatta profondamente sui glutei con le solite norme, previo massaggio con un po' di etere ed alcool per anestetizzare lievemente la parte, ed appena fatta si deve aver cura di comprimere bene il punto colpito per evitare la fuoruscita del liquido.

In quanto alle dosi, ho usato sempre le medie, e cioè nei poppanti e nei bambini sotto un anno ho iniettato ½ cmc. a giorni alterni; da 1 a 3 anni un centimetro cubo e sopra i tre anni 2 cmc. sempre a giorni alterni: non ho avuto mai da tale trattamento reazioni locali importanti, solo talvolta lieve dolore alla prima iniezione, dolore che presto si dileguava, tal'altra un arrossamento sul punto colpito e limitata zona di gonfiore che ben presto svanivano: mai tumefazione imponente o formazione di ascesso.

In tutto per la cura non necessitano che da 3 a 6 iniezioni: cioè dagli 8 ai 12 giorni.

Gli effetti si notano già fino dalle prime iniezioni: il vomito cessa come per incanto, lo stato generale del bambino migliora, il piccolo paziente con il diradarsi degli attacchi diviene più tranquillo, i più grandicelli assumono con maggiore calma e con più ansietà il cibo che prima rifiutavano per paura dell'attacco di tosse e gli accessi sotto l'azione del farmaco oltre a diminuire come numero vanno perdendo a poco a poco tutta la loro intensità fino allo scomparire intieramente ed aversi la guarigione completa.

Ciò si ottiene in media dopo 3-4 iniezioni nella massima parte dei casi, in altri casi gli attacchi nei primi giorni non si diradano, ma abortiscono: sembra che il bambino debba essere colpito da uno dei soliti forti accessi, mentre poi tutto si limita a 4-5 colpi di tosse senza ripresa inspiratoria o espettorazione, in altri casi ancora, ma sono i meno frequenti, resta una tosse secca stizzosa, a piccoli colpi, che ha perduto direi quasi il suo carattere fondamentale e che si dilegua dopo otto o dieci giorni dal termine della cura.

In nessun caso ho potuto notare, nemmeno nei bambini più piccoli in seguito a tale medicazione, sintomi di eccitazione di sorta, anzi per l'effetto del farmaco sulla tosse in genere le notti passano più calme e tranquille per i piccoli pazienti: solo in molti casi ho potuto notare un aumento abbastanza notevole della diuresi, mai nelle urine, che in varie riprese furono esaminate prima e dopo le iniezioni, tracce di albumina od aumento dei componenti normali.

Dal lato del cuore costante è un transitorio aumento del numero delle pulsazioni cardiache: in media dopo l'iniezione si hanno 8-10 pulsazioni di più delle abituali, ma ben presto dopo circa un'ora o poco dopo ritorna il numero normale.

Il trattamento con l'etere è efficace in qualunque stadio della malattia: nei casi miei trattavasi di bambini in 8ª o 10ª giornata per la massima parte, ma in molti casi si era già in periodo avanzato e tuttavia i risultati meravigliosi si ottennero lo stesso così come si ebbero nei quattro casi (oss. 5ª, 8ª, 15ª e 18ª) in cui la malattia era complicata a broncopolmonite.

Importante è a questo riguardo l'osservazione della bambina Moroni, di mesi 9, che io vidi all'ambulatorio in 14ª giornata di malattia: questa bambina viene a noi condotta in istato grave: faccia livida, cianosi intensa delle labbra, occhi gonfi, dispena imponente, respiro a gemito, stato di angoscia, polso piccolo, temperatura 40°: è praticata subito una ½ iniezione di etere: la mattina appresso la temperatura è 38°.4, lo stato generale è migliorato ed alla ascoltazione del torace il reperto della broncopolmonite bilaterale osservato il giorno prima è notevolmente diminuito, la sera la temperatura cade a 36°: il giorno appresso altra iniezione di etere da ½ cmc.; la miglioria si accentua, gli attacchi di pertosse si diradano e diminuiscono di intensità e dopo 4 iniezioni cessano del tutto e la piccina è fuori di ogni pericolo ed entra in piena convalescenza.

Questa azione dell'etere nella broncopolmonite dei bambini, azione che va studiata, trovo interamente confermata dal Lassalle in un recente lavoro (*Archives Méd. des Enfants*, 1920) sulla broncopolmonite post-morbillosa.

Il Lassalle in una epidemia di morbillo avuta a Thonon fra i bambini dei profughi del Nord durante la guerra ebbe a trattare con l'etere tutte le broncopolmoniti complicanti tale affezione e si ebbe risultati sorprendenti: secondo il suddetto autore l'azione dell'etere nelle broncopolmoniti si può riassumere in azione antinfettiva, antitermica, antispasmodica e toni-cardiaca, e l'etere è tanto più efficace quanto più presto è adoperato e la sua efficacia dipende più dal momento della iniezione che dalla quantità del rimedio che si inietta.

Nella pertosse secondo la maggioranza degli autori l'azione dell'etere sarebbe doppia e cioè antispasmodica ed antinfettiva: io penso che l'efficacia sia più antinfettiva e tale da potersi paragonare a quella del cloroformio nel rachitismo (che recenti esperienze eseguite nella nostra Clinica hanno dimostrato molto efficace): l'etere, che chimicamente è un ossido di etile, si elimina in massima parte per le vie respiratorie e la sua eliminazione per tale via modifica

le condizioni vitali dei microbi, onde il trasformarsi del quadro clinico fino alla completa guarigione.

In tutti i 20 casi da me trattati con l'etere questa guarigione fu duratura, e mai si ebbe ricaduta, e però allo stato attuale delle nostre conoscenze il metodo di cura della pertosse con le iniezioni di etere è il più efficace di tutti, oltre che è il più pratico, di facile attuazione e privo di qualsiasi inconveniente.

Recentissime esperienze del prof. Valagussa fra i bambini con tosse convulsa degenti all'Ospedale del Bambin Gesù confermano i risultati da me ottenuti, come da comunicazione verbale gentilmente fattami.

BIBLIOGRAFIA.

AUDRAIN. Progrès Médical, 1919. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 1920.
GLEYVOOD. Thèse de Lyon, 1920.
DAUFOURT. L'Hôpital, 1920.
RENAUD. Loyre Médicale, 1920.
DE HERRIPON. Journal scienc. méd., Lilla, 1920.
CHEINISSE. Presse Médicale, 1920.

NOTE EMATOLOGICHE.

Per una formula ematica di resistenza nella tubercolosi — Sul reperto ematologico nella Linfemia acuta — Nuovo concetto dell'Anemia perniciosa? — La reazione di Felix e Weil — La Wassermann e le sue concorrenti.

I progressi dell'Ematologia, tanto nel ramo morfologico che nel sierologico, vanno estendendosi ormai in un campo così vasto che non è agevole per lo studioso, e tanto meno pel medico pratico, averne una sufficiente nozione. E pur tanta luce ne viene sia pei nuovi concetti sulla fisiopatologia dei singoli morbi, sia pei differenti problemi diagnostici.

Ritengo perciò che possa tornar utile e gradito ai nostri lettori una periodica sintesi di alcune nuove osservazioni, in forma di brevi note, con richiami comparativi di lavori differenti, e con quelle chiarificazioni che la personale esperienza potrà per alcuni argomenti permettermi.

***

È tornata recentemente alla discussione, con un richiamo nel trattato di diagnostica del Martinet e con un breve lavoro di Leone, l'applicazione pratica del metodo di Arneth al prognostico dei morbi tubercolari.

Ricordiamo le osservazioni, che parvero qualche anno fa così promettenti, di Arneth sul polimorfismo nucleare dei leucociti neutrofili, da lui ritenuto come un esponente dell'età della cellula, che sarebbe tanto più vecchia quanto più a nucleo multiplo o infine frammentato. I leucociti neutrofili con due o tre nuclei, cioè di media età, sarebbero, secondo Arneth, i tre quarti dell'intero numero dei neutrofili nel sangue normale; e dei rimanenti il 5 % sarebbe costituito dai più giovani ad un solo nucleo, essendo quasi tutti gli altri più vecchi a quattro nuclei, e rarissimi a cinque.

Lo schema più generico di Arneth è il seguente:

A 1 nucleo	a 2	a 3	a 4	a 5 o più	
5	35	41	17	2	= 100

ed egli ritenne che nella tubercolosi venissero distrutti coll'aggravarsi della malattia gli elementi a più nuclei, prevalendo in tal modo quelli più giovani del 1° e 2° gruppo, cioè verificandosi una *deviazione a sinistra del quadro neutrofilo*.

Nel suo recente lavoro Leone appunto sostiene questo concetto, specialmente dal punto di vista prognostico, e ammette che l'anzidetta deviazione è massima nei casi gravissimi, non essendo però le forme semplici nucleari dei neutrofili elementi assolutamente giovani, bensì forme arrestate nella loro attività e vitalità, e quindi in fase predegenerativa o degenerativa. Egli ritiene inoltre che abbia qualche valore per la prognosi un certo *Indice nucleo neutrofilo*, cioè il totale dei nuclei dei singoli gruppi e la percentuale dei polinucleari neutrofili nella formula leucocitaria, e che nei soggetti normali oscilla fra 3:9 e 4:5.

Tutto questo può in qualche modo persuadere, sovratutto come principio, poichè tutt'altro che agevole è l'applicazione pratica del metodo.

Ma non bisogna perdere di vista quello che in riguardo alle variazioni leucocitarie nelle varie forme tubercolari è ormai, dopo numerose ricerche di vari autori, assodato, e che nei suoi vari elementi, più che servire alla diagnosi della malattia, può talvolta esser meglio applicato alla prognosi.

Si veda in proposito l'ampia esposizione che ne fece il Pasinetti in un lavoro veramente degno di non essere dimenticato.

Si è difatti andati finora in molti alla ricerca di una *formula di resistenza* nella tubercolosi.

Il criterio più semplicemente ammesso fu da prima che indice di maggior resistenza dell'infermo fosse la leucocitosi; ma presto concordemente si osservò che nella tubercolosi in genere non v'è leucocitosi, o al più questa è lievissima. E tanto per la forma pulmonare che per le forme osteo-artritiche la leucocitosi neutrofila si può avere, e talvolta in discreto grado, soltanto nelle forme ulcerative, e cioè nei processi avanzati, per l'intervento dei piogeni comuni. Il Richard ha poi confermato questo concetto per le gravi forme a rapido progresso.

Per la formula leucocitaria molte sono state le opinioni, erronee sopratutto perchè le osservazioni non furono eseguite periodicamente ed in gran numero sullo stesso individuo, o non convenientemente aggruppate per infermi che fossero più o meno nelle medesime condizioni.

La *formula di resistenza* ch'io fissai per le forme tubercolari iniziali, polmonari ed esterne, si basava su due elementi: con o senza una lievissima leucocitosi totale si ha una prevalenza dei polinucleari neutrofili (per deficienza dei mononucleari) e una discreta eosinofilia, che è il più importante esponente della resistenza dell'infermo, e che va a poco scomparendo coll'aggravarsi della malattia. Tubercolotici iniziali senza eosinofilia sono organismi che non si difenderanno contro i rapidi ed ineluttabili progressi del morbo.

Il Richard, verso il quale il Pasinetti ha con molta fermezza rivendicata la priorità delle mie ricerche, ha preso in considerazione un terzo elemento da me studiato: la linfocitosi. Ma questa nelle forme iniziali tubercolari è tutt'altro che un indice di resistenza, poichè invece va a poco a poco affermandosi col progredire della malattia; e *all'inizio, nei soggetti più resistenti, essendo molto scarso il numero totale dei linfociti, si ha soltanto in questa una prevalenza dei linfociti più piccoli, che poi costituiranno prevalentemente la vera linfocitosi nelle forme più progredite.*

A questo concetto sulla formula di resistenza, in cui spicca l'eosinofilia, e che ebbe autorevoli conferme ulteriori (Hirschfeld, Besançon ed altri) può nel suo relativo valore unirsi quel che riguarda il suaccennato spostamento della formula di Arneth.

***

Nel campo della diagnostica ematologica, e principalmente in quello delle differenti anemie gravi, si va sempre più accentuando l'impressione che le nuove osservazioni, piuttosto che confermare gli schemi diagnostici finora stabiliti, tendano invece a renderli sempre meno sicuri.

Pareva un tempo che una profonda distinzione dovesse farsi tra Leucemia ed Anemia perniciosa: e venne invece la Leucanemia di Leube. Così per tutti quei criteri finora fissati per distinguere le singole forme il moltiplicarsi dei reperti accresce frequentemente le nostre incertezze.

A proposito delle Linfemie già si son visti dei casi in cui il criterio della differente grandezza degli elementi linfocitici (più grandi nelle forme acute e più piccoli nelle croniche) parve tutt'altro che sufficiente.

Parve aver maggior resistenza il complesso dei criteri differenziali fra *Linfemia acuta* e *Mielemia acuta;* ma si è pure visto doversi ammettere una terza forma *a cellule indifferenti,* cioè caratterizzata nel reperto ematologico da elementi non assolutamente differenziati, di cui cioè può esser messa in dubbio l'origine dal tessuto mieloide o dal tessuto linfoide.

Su ciò ha insistito a proposito di una sua recente osservazione il Ravenna, col reperto di elementi istologici del tutto particolari, sulla cui genesi e sul cui significato ogni discussione sarebbe possibile. Sicchè egli conclude che la diagnosi differenziale tra Leucemia acuta mieloide e linfoide non è sempre molto agevole.

A sua volta il Gasbarrini ha pubblicato un caso di Leucemia acuta linfocitica in cui erano dimostrabili nel sangue elementi cellulari che per forma, dimensioni ed intima struttura facevano pensare alla loro origine istioide. E se questo venisse ulteriormente a verificarsi i reperti si complicherebbero sempre più.

Ciò del resto non impressioni eccessivamente il medico pratico. Egli ha soltanto l'obbligo di tener presenti le linee diagnostiche fondamentali per le differenti più gravi emopatie, e quelle corrispondenti essenziali note cliniche che gl'impongono nei singoli casi di provocare l'accurato esame ematologico. Pei casi più complessi egli sappia, per suo conforto, che non sempre ogni perplessità ed ogni discussione può essere eliminata anche per gli specialisti di Ematologia!

***

Talvolta, è vero, può accrescer la confusione l'eccessiva tendenza distruggitrice delle più comuni nozioni fisio-patogeniche e cliniche da parte di competentissimi istologi che l'osservazione clinica vorrebbero in qualche modo sopraffatta dalla valutazione di fini e delicate particolarità del reperto ematologico, sulle quali ogni discussione sarebbe possibile.

Così innanzi al quadro clinico di un'Anemia perniciosa noi sogliamo domandarci se si tratti della forma *progressiva* fissata da Biermer nei suoi fenomeni clinici e nel reperto anatomopatologico o di una di quelle forme *a tipo pernicioso* di origine diversa, spesso curabili, oppure da ritenersi a carattere progressivo soltanto nel senso che la *causa specifica* che le produce è per sè stessa ineliminabile.

Per queste ultime e per la forma di Biermer è adunque comune la progressività, colla fondamentale differenza che nella forma di Biermer detta progressività è prodotta da un complesso del tutto particolare di cause anemigene, ancora a noi in massima parte ignote, deri-

vandone perciò un'anemia veramente primitiva e progressiva, a differenza della progressiva secondaria a gravi processi patologici noti.

Così ragionando si può esser d'accordo con quanto ha recentemente sostenuto il Ferrata che il criterio della fatale progressività delle forme, in modo da riconoscere per tipiche anemie perniciose di Biermer solo quelle seguite da morte, può ritenersi caduto. Ma non per questo si potrebbe accettare quanto il medesimo aggiunge: che cioè può pure ritenersi caduta l'Anemia perniciosa progressiva come unità nosologica, essendo sostituita da un gruppo di emopatie gravi a tipo pernicioso che ne differiscono soltanto pel fattore etiologico e di cui la terapia etiologica è non raramente proficua.

Queste ultime a dir vero non sostituiscono quella, che resta in tutta la sua formidabile importanza clinica ed in tutta la persistente oscurità dei suoi particolari elementi etiologici.

E il Ferrata prosegue cercando l'esatta interpretazione delle anemie a tipo pernicioso nello studio del significato morfologico o anatomico dei megaloblasti e dei megalociti e delle lesioni anatomiche perniciosiformi che si riscontrano nelle anemie a tipo Biermer-Ehrlich.

Colla sua grande abilità d'istologo il Ferrata vuol giungere a dimostrare che la perniciosità delle anemie gravi, e cioè la modificazione megaloblastica e megalocitica nel midollo osseo, non sia un'alterazione a carico del tessuto mieloide, ma avrebbe origine *extramieloide*, o meglio *premieloide* o *preparenchimale*, per alterazioni primitive a carico degli elementi emoistioblastici indifferenti o cellule mesenchimatiche. E aggiunge che le anemie a tipo pernicioso non sarebbero forme secondarie ad azioni emolitiche.

Ma in tal modo il processo patogenetico dell'anemia perniciosa, che dovrebbe intravedersi di una complessità forse grandiosa, verrebbe a poggiarsi su semplici elementi istologici, proprio quando ormai noi conosciamo che gli elementi megaloblastici non sempre sono preponderanti o anche presenti nel reperto ematologico di un'anemia a tipo pernicioso progressivo.

***

Nel campo sierologico vanno sempre più moltiplicandosi i tentativi di applicazioni diagnostiche delle differenti proprietà del siero sanguigno.

Ed una reazione sulla quale appare tutt'altro che chiusa la discussione è quella di Felix e Weil pel Tifo esantematico.

È noto che Felix e Weil ritennero che l'agglutinazione da parte del siero di sangue dell'infermo potesse verificarsi su due nuovi ceppi di Proteo (X^2 e X^{19}) isolabili dalle urine e dal sangue dello stesso infermo. Ma la pratica applicazione della proposta parve per più ragioni difficile. Non in tutti i casi fu possibile l'isolamento del Proteo nei mezzi indicati; e poi si vide che non tutti i ceppi di X^{19} si lasciano facilmente agglutinare, e che, come si era visto per la Widal, nei casi più gravi la reazione può essere talvolta meno evidente o aversi in altre forme morbose.

In complesso parve però la reazione meritevole di ulteriori applicazioni. Si cercò anche di semplificarne la tecnica preparando emulsioni di X^{19} ucciso, cioè un vero *Dermotifo-diagnostico*, con agglutinabilità alquanto minore che pei bacilli vivi e non durevole oltre i 14 giorni.

Le più recenti osservazioni sul valore del metodo, pel quale è sempre preferibile servirsi dei germi viventi, sono nel loro complesso confortanti.

Nella Clinica medica di Parma, la Bonacorsi si è servita di due differenti ceppi di Proteo X^{19} e si è persuasa che il rapporto di agglutinazione per avere un sicuro valore debba essere di oltre 1:200; difatti a 1:200 agglutinava il Proteo il siero di un malato di Reumatismo articolare, ed a 1:150 altri due sieri del genere. L'agglutinazione pei sieri normali non andrebbe oltre 1:75.

A loro volta Lapin e Sevenet, durante una epidemia di Tifo esantematico in Algeri, hanno avuto 143 reazioni positive su 158 casi; ma avvertono che la comparsa della reazione può essere tardiva.

Blanco e Tapia, con un tasso oscillante tra 1:100 e 1:10000, hanno avuto sempre risultato positivo in 33 casi, ed in uno al terzo giorno di malattia; ma avvertono che tre di detti sieri agglutinavano anche il B. tifico (1:100) il Paratifo A e B (rispettivamente 1:50 e 1:100) e il Melitense (1:100).

Ma non si è finora completamente d'accordo sulla vera natura della reazione.

Otto la ritiene ancora oscura, negando al Proteo X^{19} ogni importanza patogena pel Tifo esantematico. A sua volta Schaeffer, dopo aver isolato numerosi ceppi di Proteo dalle feci e dalle urine di petecchiali, rilevò il loro vario comportamento alla prova agglutinante, benchè questa meglio si adattasse per l'X^{19}. E vide anche che il siero normale può agglutinare, in deboli proporzioni, l'X^2 e l'X^{19}.

In complesso la particolare agglutinazione per l'X^{19} va affermandosi sempre più; e noi dobbiamo considerare la reazione per quello che praticamente è: un buon mezzo di dia-

gnosi del Tifo esantematico, talora fin dal 3° o 4° giorno, e che deve essere eseguito con ogni cautela, a diluizioni relativamente alte, sia con Proteo proveniente dallo stesso infermo, sia con ceppi di Laboratorio. Ma non può darsi alla medesima un valore assoluto, anche perchè nulla di veramente assoluto nel campo medico esiste.

***

Se invece guardiamo alla reazione di Wassermann vediamo che la medesima, nella sua tecnica classica ha a poco a poco messa da parte, come una formidabile lottatrice, ogni sua concorrente. Così è avvenuto delle prove di Bauer, di Stern, di Hecht e di altre, delle quali in un'altra edizione del mio Trattato di tecnica e diagnostica ematologica non credo necessario nemmeno far cenno.

Ma non so ancora precisamente se lo stesso avverrà della più recente *Prova di Sachs-Georgi*, di cui molti ora si occupano, nei confronti dei suoi risultati con quelli della Wassermann. V'è maggior semplicità di tecnica in questa nuova prova, ma si vide già per le altre prove sopra citate come la semplicità non andasse sempre d'accordo colla precisione dei risultati.

E nella sua stessa semplicità la tecnica della Sachs-Georgi offre dei punti oscuri. La preparazione dell'estratto d'organi che serve per la prova, per la variabile e non sempre precisabile quantità di lipoidi che vi sono contenuti, richiede una differente diluizione e colesterinizzazione. E non è così facile fissarne il titolo. Così l'omogeneità perfetta dei vari liquidi di esame e di controllo non è sempre facile ad ottenere, ed è d'altra parte un indispensabile elemento per un buon risultato. E lo stesso apprezzamento di quest'ultimo non è sempre agevole.

Nel complesso può dirsi che gli elementi necessari per la prova richieggono più delicate e minuziose cure che quelli in uso per la Wassermann, e che in rapporto ai medesimi molte cause d'errore sono possibili. E si arriva così, per una reazione che si vorrebbe sostituire alla Wassermann, alla proposta del Moreschi di assicurarsi dell'attività dell'estratto da usarsi per la Sachs-Georgi proprio servendosene da prima come antigeno col metodo di Wassermann.

Le conclusioni del Moreschi sono tali da ritenere la reazione di S. G. *alla pari* della W., col maggior vantaggio della semplicità; ma abbiamo visto sul nostro *Policlinico* il Marcora esprimersi in tono alquanto minore con un *pressochè eguali*, ed il Zuccola elevare notevoli dubbi sulla specificità della reazione e sulla attendibilità del responso.

Attendiamo adunque dalle ulteriori esperienze una più completa o definitiva valutazione del metodo di Sachs-Georgi: il che significa che pel momento, senza troppo diffidare del futuro successo del medesimo, è meglio attenersi alla classica Wassermann. Questa reazione purtroppo viene eseguita talvolta da persone che non sanno rendersi sufficientemente conto di un complesso di fattori che possono variarne e renderne più o meno attendibili i risultati; ed è spesso come una magnifica arma nelle mani di un cacciatore inesperto. A ciò devonsi sopratutto quelle che furono chiamate le *colpe* della W.

Ed è veramente da deplorarsi che una ricerca, che in qualche caso può involgere una tremenda responsabilità, formi, come oggi avviene, tante volte oggetto di una volgare *réclame* giornalistica, alla quale con particolare tristezza assistono coloro che meglio conoscono quanto per una reazione così preziosa possono essere delicati e difficili gli elementi di tecnica e di giudizio.

Prof. V. GIUDICEANDREA.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

I. MARTINET. *Diagnostic clinique.* — LEONE. Folia medica, 1920, n. 9 e 14. — II. RAVENNA. Giorn. di Clinica med., 1920, n. 2. — GASBARRINI. Haematologica, vol. I, n. 1. — III. FERRATA. Ivi, n. 1. — IV. BONACORSI. Giorn. di Clinica med., 1920, n. 1 e 2. — LAPIN et SEVENET. Bull. Soc. Path. exot., nov. 1919. — BLANCO e TAPIA. Bol. Inst. nac. de Hyg., ott. 1919. — OTTO. Deut. med. Woch., 24 luglio 1919. — SCHAEFFER. Centr. f. Bakt., 1919, p. 430. — V. MORESCHI. Haematologica, vol. I, n. 2. — SACHS-GEORGI. Münch. med. Woch., 1920, n. 3.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I disturbi da lesione dell'ipofisi.

Classificazione.

(WM. ENGLEBACH. *Endocrinology*, luglio-settembre 1920).

Questa classifica è basata esclusivamente sui sintomi « ormonici » della lesione ipofisaria, e divide i disturbi dipendenti da lesione della glandola pituitaria anzitutto in tre grandi categorie: quelli dipendenti da liesione del solo *lobo anteriore*, quelli del solo *lobo posteriore* e quelli di *ambedue i lobi*.

Ciascuna di esse si suddivide secondo che prevale il difetto o l'eccesso di funzione in *Ipopituitarismo* e *Iperpituitarismo*. E poichè questo disordine può stabilirsi prima o dopo l'adolescenza e dare così aspetti clinici diversi, si è distinta, là ove occorreva, una forma *preadolescente* e un'altra *post-adolescente*.

1° *Ipopituitarismo anteriore preadolescente*. — È caratterizzato da:

α) ipoplasia di tutte le ossa (*tipo Lorain-Levi*); statura bassa; tronco più sviluppato degli arti inferiori; la grande apertura inferiore all'altezza personale; testa piccola; naso dritto a punta; mento a punta; sella turcica osservata con la radioscopia piccola, ovvero ingrandita allorquando causa della disfunzione endocrina è una neoplasia; mano di tipo piccolo, in totalità, circa un terzo meno del normale; falangi strette; bacino di tipo largo, femminile; ginocchio valgo;

β) genitali infantili, con assenza dei caratteri sessuali secondarî;

γ) muscoli proporzionati allo sviluppo e di tono normale;

ϑ) deficiente o ritardato sviluppo mentale;

ε) incisivi superiori più grandi, scarso sviluppo di peli, temperatura subnormale, polso lento, normale o diminuita la pressione del sangue.

2° *Ipopituitarismo anteriore post-adolescente*. — È caratterizzato da:

α) ipoplasia delle ossa piatte, mentre le ossa lunghe sono normali; statura alta o normale; grande apertura o maggiore o minore dell'altezza personale; testa piccola; naso, mento, sella turcica, mano, bacino come nel tipo precedente;

β) genitali normali, i caratteri sessuali secondarî presenti, *tendenza ai varii disturbi mestruali e alle metrorragie*, sterilità, impotenza;

γ) muscolatura normale, facile stanchezza;

ϑ) mediocre sviluppo mentale;

ε) sviluppo dei peli normali; incisivi, temperatura, polso, ecc. come innanzi.

3° *Iperpituitarismo anteriore preadolescente*. — È caratterizzato da:

α) *gigantismo* (iperplasia di tutte le ossa, gigante normale, gigante eunucoide, gigante acromegalico); statura alta con la caratteristica che il gigante normale ha il tronco uguale agli arti inferiori e la grande apertura uguale all'altezza, il gigante eunucoide ha il tronco minore degli arti inferiori e la grande apertura maggiore dell'altezza, il gigante acromegalico ha il tronco maggiore degli arti inferiori e la grande apertura minore dell'altezza; testa grossa; naso a punta, ovvero smussato nell'acromegalico; mento a punta, ovvero prognato nell'acromegalico; sella turcica normale all'esame radiologico, eccetto in caso di neoplasia; mano di tipo grosso, in totalità, senza sproporzioni, circa un terzo più grande del normale; falangi larghe, massicce, tuberosità accentuate, esostosi; bacino di tipo stretto, maschile; ginocchio varo;

β) genitali grossi, presenti i caratteri sessuali secondarî;

γ) muscoli normali o ipertrofici, con tono che diminuisce dopo alcuni anni di iperattività;

ϑ) mentalità apatica;

ε) incisivi superiori più grandi, separati; peli abbondanti sul tronco; temperatura, polso, pressione sanguigna normali.

4° *Iperpituitarismo anteriore post-adolescente*. — È caratterizzato da:

α) iperplasia delle ossa solamente corte e piatte, *acrali* mentre le ossa lunghe sono piccole *acromegalia;* statura piccola e bassa o normale, e il torso più lungo degli arti inferiori, la grande apertura inferiore all'altezza personale; testa grossa; naso smusso; mento rotondeggiante, ottuso, prognato; sella turcica normale eccetto in casi di neoplasia; mano di tipo largo, a vanga, pugno largo, dita larghe e storte mentre i tessuti che coprono le ossa sono spessi e mollicci; falangi larghe, massicce, esostosi; bacino stretto a tipo maschile; ginocchio varo;

β) genitali grossi, ben sviluppati; caratteri sessuali secondarî presenti; mestruazioni normali;

γ) muscoli ipertrofici, con tono ben conservato dopo i 40-45 anni;

ϑ) mentalità normale, instabile; loquacità;

ε) incisivi superiori costantemente separati, spesso anche gl'inferiori; peli molto aumentati sulle estremità e sul petto; normale il resto.

Sicchè i sintomi ormonici, alla dipendenza del lobo anteriore dell'ipofisi sono i *maggiori* quelli riferibili allo sviluppo o screscenza generale, e alla funzione del sistema osseo e dell'apparato genitale; i *minori* quelli riferibili alla pelle, alla mentalità, alla temperatura, ecc.

5° *Ipopituitarismo posteriore.* — È caratterizzato da:

α) metabolismo basale diminuito, accresciuta tolleranza agli idrati di carbonio, mancanza di glicosuria;

β) *adiposità marcata* specie delle anche, cosce, e mammelle; *poliuria* dovuta forse più a lesione della *pars intermedia* dell'ipofisi; atonia intestinale;

γ) diminuzione dell'attività della tiroide (hibernazione); idem delle surrenali?; idem delle glandole genitali, che porta disturbi a sua volta sul lobo anteriore della pituitaria; lieve aumento dell'attività del pancreas;

ϑ) apatia, sonnolenza; temperatura subnormale; polso lento.

6° *Iperpituitarismo posteriore.* — È caratterizzato da:

α) metabolismo basale aumentato; diminuita tolleranza agli idrati di carbonio; *glicosuria* e *iperglicemia;*

β) dimagrimento; poliuria assente o presente; ipertonia intestinale; spasmi uterini;

γ) iperattività della tiroide; idem delle surrenali?; idem delle glandole sessuali con consecutivi disordini del lobo anteriore pituitario; diminuzione dell'attività del pancreas;

ϑ) instabilità psichica; temperatura normale; polso rapido.

Sicchè i sintomi ormonici, alla dipendenza del lobo posteriore dell'ipofisi, sono i *maggiori* quelli riferibili a disturbi del metabolismo, polisarcia, poliuria e contrazione dei muscoli lisci; i *minori* quelli riferibili a ripercussioni sulle altre glandole endocrine, al sistema nervoso, polso, ecc.

7° *Bilobare ipopituitarismo* in cui sono evidentemente interessati ambedue i lobi principali dell'ipofisi, con o senza il loro intermedio. — È caratterizzato dalla *sindrome di Frölich* senza o con poliuria (Biedl).

8° *Bilobare iperpituitarismo.* — È caratterizzato da *gingantismo* o da *acromegalia* con metabolismo aumentato e diminuita tolleranza allo zucchero, senza adiposità.

9° *Bilobare dispituitarismo,* in cui le due parti principali dell'ipofisi hanno intensità opposta di funzione, cioè sono in etero-attività:

α) Lobo anteriore iperattivo, lobo posteriore ipoattivo: *gigantismo, acromegalia con poliuria;*

β) Lobo anteriore ipoattivo, lobo posteriore iperattivo: *nanismo, aplasia genitale, amenorrea,* ecc. con *glicosuria pituitaria* (metabolismo aumentato, tolleranza allo zucchero diminuita).

L'Englebach ha fatto questa classifica dietro accurato esame di 269 casi di endocrinopatia ipofisaria che ha avuti in osservazione, per cui ha voluto contribuire a materiare in considerevole grado le teorie delle funzioni dei lobi separati dell'ipofisi. Egli spera altresì che la sua concezione di una divisione bilobare etero-attiva sarà il mezzo per disimpegnare molti dei così detti *dispituitarismi* e *distrofie* dalla confusione in cui si trovano, chè, essendo essi mal definiti, sono di ostacolo anzichè di aiuto alla diagnosi e alla terapia.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Progressi nella nefrectomia.

(E. BEER e A. HYMAN. *Journ. of A. M. A.*, 30 ottobre 1920).

Gli AA. riferiscono in seguito a una serie di 207 nefrectomie da loro praticate nell'ospedale del Monte Sinai, dopo il 1914. In esso furono allora istituiti reparti specializzati, la cui organizzazione ha permesso la massima intensificazione delle ricerche, ed ha condotto ad una notevole diminuzione della mortalità operatoria.

Nello stesso ospedale le statistiche precedenti al 1912 davano una mortalità per nefrectomia del 21.22 p. 100; nei 207 casi degli AA. essa fu del 3.8 p. 100.

I casi precedenti erano stati operati da chirurgi d'occasione con vari metodi; i casi degli AA., furono tutti operati da loro e dal dottor Buerger, con uniformità di metodo sia per le precauzioni e le cure preoperatorie e postoperatorie, che per l'atto operativo. Il notevole abbassamento della mortalità è dovuto solo in parte ai progressi generali dell'urologia, perchè statistiche contemporanee di nefrectomie eseguite da operatori non specializzati danno una mortalità tre volte superiore.

Esso è dovuto all'accurato studio preoperatorio al quale viene sottoposto ogni caso urologico: la cistoscopia, la pielografia, e le prove funzionali sono adoperate rutinariamente, con tale familiarità che non si può sperare nell'osservatore occasionale. Inoltre, nei casi dubbi, la larga esperienza di chirurgi specializzati può condurre a decisioni utili e rapide, sia ri-

guardo all'opportunità dell'intervento che alla maniera d'intervenire.

Un altro fattore è l'uniformità del trattamento postoperatorio: la rettoclisi continua con glucosio, goccia a goccia, l'evitare la morfina quando le funzioni renali sono indebolite, la trasfusione per combattere l'emorragia e lo shoc.

Per l'anestesia, nei casi medi, si usa protossido d'azoto ed etere, ma se la funzione del rene opposto è alquanto diminuita si preferisce protossido d'azoto e ossigeno: in due casi fu praticata la rachianestesia.

Gli esami preoperatori comprendono analisi delle urine, prova del rosso (eliminazione provocata di fenolsulfonftaleina, metodo colorimetrico molto reputato in America e Inghilterra. N. d. R.), cistoscopia, cateterismo ureterale combinato con la prova dell'indaco-carminio, candelette a punta di cera, radiografia, pielografia, esame chimico del sangue e misura della pressione sanguigna.

Un fattore molto importante della diminuita mortalità è la più precoce diagnosi, anche da parte del pratico, delle malattie renali che richiedono la nefrectomia.

Delle 207 nefrectomie, gli AA., ne praticarono 92 per tubercolosi renale (con due morti, uno per emorragia, uno per sepsi), 49 per suppurazione estesa di un rene, calcoloso o no (con un morto per shoc surrenale), 36 per idronefrosi, infetta o no, con estesa distruzione di un rene (con tre morti, rispettivamente per infezione, emorragia, tetano), 27 per neoplasmi (con due morti, uno per uremia, uno per adinamia), una per fistola ureterale, una per ferita d'arma da fuoco, una per rottura del rene. Anche da altre statistiche risulta che l'uremia ora occupa l'ultimo posto tra le cause di morti dopo la nefrectomia, mentre anni addietro era al primo posto. Più frequenti cause sono la polmonite, lo shoc, l'*adinamia cordis*, l'emorragia, la peritonite.

Gli AA., praticarono 19 volte la nefrectomia secondaria. Per elezione, in grandi pionefrosi, sia perchè le condizioni generali non permettevano l'operazione in una seduta, sia per dar tempo all'altro rene, colpito da nefrite tossica o da inibizione funzionale, di riacquistare l'intera funzione. Per necessità, in due casi di tubercolosi renale, misconosciuti subito dopo la nefrotomia, e riconosciuti più tardi; in reni calcolosi pei quali fu insufficiente la nefrotomia a dileguare i disturbi; e in un caso perchè durante la nefrotomia fu asportato un nodulo di tessuto che risultò istologicamente un adenocarcinoma. La prima seduta dura pochi minuti e può bastare l'anestesia locale o quella con protossido d'azoto e ossigeno. Ma la seconda, specialmente se tardiva, è più difficile, a cagione delle aderenze, e può essere necessario ricorrere alla nefrectomia sottocapsulare per non ledere il peritoneo, la pleura, i vasi.

La nefrectomia transperitoneale, molto in voga nell'era precistoscopica, permettendo l'esplorazione di entrambi i reni, ora si usa soltanto nel caso di grossi tumori, specie nei bambini.

Sette volte gli AA. praticarono la nefrectomia in casi di malattie bilaterali dei reni, sempre con esito infausto: due per tubercolosi, cinque per calcolo e infezione.

Gli AA , dividono la loro casistica in quattro gruppi.

Il primo gruppo (tubercolosi renale) è il più numeroso. La mortalità fu del 2.1 p. 100, mentre per lo innanzi le migliori statistiche si aggiravano intorno al 5 p. 100. In generale l'uretere fu reciso più in basso possibile, fenolizzato, lasciato ritrarre in fondo alla ferita: dieci volte, attraverso un'incisione anteriore estraperitoneale, fu completamente escisso rasente la vescica. La principale indicazione di questo ultimo trattamento è una marcata stenosi dell'estremo inferiore. Qualche volta l'incisione lombare s'infettò di tubercolosi; l'incisione anteriore mai. Dalle statistiche risulta che la meningite tubercolare è una causa di morte molto rara in seguito a questi interventi.

Il secondo gruppo (pionefrosi e pielonefrite calcolosa, ascessi multipli) pure numeroso, ha una mortalità del 2.03 p. 100. Fu praticata la nefrectomia primitiva quando il rene risultava fuori funzione, altrimenti la nefrectomia fu praticata solo in seguito ad insuccesso della nefrotomia. In questi casi le prove funzionali danno spesso una falsa idea dello stato dell'organo e si può decidere il da farsi solo all'intervento.

Il terzo comprende idronefrosi e pionefrosi, con una mortalità dell' 8.3 p. 100, più alta che negli altri gruppi, inferiore tuttavia a quella delle altre statistiche.

Il quarto comprende i neoplasmi, con una mortalità del 7.4 p. 100. Su 27 tumori, venti erano ipernefromi, cinque tumori misti, e due adenocarcinomi. Fu seguita nove volte la via transperitoneale, delle quali cinque in ragazzi. L'*adinamia cordis* è menzionata come la più frequente causa di morte dopo le nefrectomie per tumore, e viene attribuita a una miocardite tossica, dovuta a riassorbimento di tessuto neoplastico, specialmente degli ipernefromi, sopratutto quando il tumore aveva invaso la vena cava: per lo più il cuore prima dell'inter-

vento non mostrava in questi casi evidenti lesioni.

TECNICA DELLA NEFRECTOMIA. — Gli AA. hanno seguito la via addominale soltanto per i grossi tumori, altrimenti la via lombare. Per quest'ultima eseguono l'incisione dall'angolo tra dodicesima costa e margine esterno della mossa sacrolombare, fino a un punto un po' al di sopra della spina iliaca anteriorsuperiore, con lieve concavità esterna. Incidono i muscoli, la fascia trasversalis, il grasso perirenale; allontanano poi con opposta trazione il margine costale dalla cresta iliaca. Di rado è necessario resecare l'ultima costa, per lo più basta incidere il tessuto fibroso dietro l'angolo costale onde poter divaricare bene la costa. Occorre precauzione per non ledere la pleura: in un caso, nel quale gli AA. resecarono la dodicesima costa, la pleura venne accidentalmente lesa e la suturarono.

Inciso il grasso perirenale, il polo inferiore del rene è libero, e si può mobilizzare l'organo. Nelle grandi idronefrosi è utile prima incidere ed evacuare la sacca. Si mette in evidenza con ogni cura il peduncolo vascolare, si trasfigge con catgut cromico, e si lega a doppio giro a qualche distanza dal rene. Si legano pure i vasi accessori che si dirigono al polo superiore; quelli che si dirigono al polo inferiore possono legarsi dopo aver tratto fuori il rene. Talora a sinistra, occorre legare separatamente la vena spermatica o l'ovarica. Durante queste manovre bisogna evitare di aprire la pelvi o l'uretere: a tal uopo è qualche volta utile trarre da parte l'uretere con un laccio, o sezionarlo tra due legature, prima di aggredire il peduncolo vascolare. Se questo non si può trasfiggere largamente bisogna legarlo in varie porzioni. L'uso dei clamps si può evitare, avendo cura di non ledere il colon e il duodeno. Nelle nefrectomie sottocapsulari è sovente necessario incidere lo spesso tessuto infiammatorio parallelamente ai vasi renali, e fin in mezzo ad essi, per legar bene i vasi ed evitare l'allacciatura elastica, che ritarda la guarigione.

Nelle nefrectomie secondarie, e nelle estese perinefriti, bisogna rispettare con cura il peritoneo. In caso di aderenze inestricabili, occorre sacrificare, secondo i casi, un tratto di tessuto perirenale o un tratto di peritoneo. La lesione della capsula surrenale può esser pericolosa a cagione del gemizio sanguigno, difficile ad arrestare salvo che con lo zaffamento: talvolta si riesce con la legatura incatenata.

Per asportare completamente ed asetticamente rene e uretere nella stessa seduta, dopo legato il peduncolo vascolare si isola più in giù che si può l'uretere e si lega. Quindi, rimesso in posto il rene, si gira sul dorso il paziente e si incide lungo il margine del retto, a livello della parte inferiore dell'uretere, che viene scoperto per via retroperitoneale: si riconosce esercitando una trazione sulla legatura precedentemente applicata su di esso attraverso la ferita lombare. Si isola fino all'estremo vescicale, si taglia tra due legature. Dall'incisione lombare si estrae rene ed uretere, poi entrambe le incisioni si suturano a strati, lasciando, se occorre, un drenaggio.

La via transperitoneale permette di allacciare rapidamente il peduncolo. Il peritoneo viene inciso verticalmente all'esterno del colon, e questo è spostato all'interno. Il rene e l'uretere vengono rapidamente isolati e asportati, salvo gravi aderenze: l'emorragia è minima se l'operazione è rapida. La sutura dell'incisione peritoneale posteriore non è strettamente necessaria.

RELAZIONE DEGLI ESITI INFAUSTI. — 1° *Caso*. — Ipernefroma del rene destro, che ha invaso la vena renale dello stesso lato, quella del lato opposto, la vena cava. Prima dell'operazione il rene sinistro appariva normale: dopo l'operazione ematuria, e morte per uremia.

2° *Caso*. — Tubercolosi massiva e perinefrite tubercolare. Aderenza con la cava, che viene lesa tentando distaccarne la massa, creduta neoplastica: morte per emorragia.

3° *Caso*. — Grande pionefrosi calcolosa. Operazione brevissima: venne però asportata una capsula surrenale, e il paziente, già in cattive condizioni generali, non sopravvisse più di 24 ore allo shoc.

4° *Caso*. — Nefrectomia trasperitoneale per idronefrosi della metà sinistra di un rene a ferro di cavallo. Anuria, vinta col cateterismo ureterale, cui seguì pielonefrite secondaria e morte.

5° *Caso*. — Pionefrosi tubercolare. Avevano preceduto altri ascessi, e lo stato dell'infermo era molto scaduto: sopravvisse due giorni.

6° *Caso*. — Idroematonefrosi. Morì di tetano: la porta d'ingresso non si potè rintracciare.

7° *Caso*. — Nefrectomia secondaria per pionefrosi. La paziente aveva da ciascun lato due ureteri e due pelvi. L'infiltrazione perinefritica era notevole, l'emorragia fu cospicua, e la paziente morì poche ore dopo.

8° *Caso*. — Nefrectomia transperitoneale per tumore di Wilms, enorme e molto friabile in un bambino di tre anni, già in cattive condizioni generali. Nonostante le trasfusioni morì tre giorni dopo.

DORIA.

NEUROLOGIA.

Le cause delle malattie nervose.

(E. S. REYNOLDS. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, dicembre 1920).

Le cause delle malattie nervose possono così raggrupparsi: 1° traumi; 2° alimentazione; 3° veleni; 4° occupazioni; 5° eccesso di lavoro; 6° disturbi del metabolismo; 7° anomalie organiche in rapporto all'età; 8° neoplasmi; 9° parassiti e microrganismi; 10° ereditarietà.

1° *Traumi.* — Sono ben note le affezioni nervose determinate da processi distruttivi o irritativi del sistema nervoso centrale e periferico, determinati da azioni traumatiche più o meno violente. Oltre a ciò ed a parte le forme di isteria e di neurastenia traumatica di origine emozionale, è probabile che vi siano casi di neurastenia dovuti ad alterazioni molecolari del sistema nervoso centrale o delle glandule endocrine. È possibile inoltre che i dolori persistenti secondarî a lesioni dei muscoli o dei loro attacchi tendinei possono essere dovuti ad imbrigliamenti cicatriziali delle fibre nervose terminali. Tra le azioni traumatiche capaci di produrre lesioni nervose vanno annoverate il caldo ed il freddo.

2° *Alimentazione.* — Il beri-beri, l'ergotismo, la pellagra, il latirismo sono esempî di affezioni nervose in rapporto a difetti alimentari.

3° *Veleni.* — A parte le affezioni determinate da intossicazione da alcool, piombo, arsenico e mercurio le malattie nervose tossiche non sono molte. Tuttavia l'ossido di carbonio ed il gas illuminante possono determinare gravi neuriti periferiche, a tipo principalmente motore. (L'A. non accenna affatto alle nevropatie da veleni voluttuarî: morfina, cocaina, etere, nicotina, ecc. — *N. d. R.*).

4° *Occupazioni.* — Queste raramente sono causa di affezioni nervose. I varî crampi degli scrivani, dei telegrafisti, dei pianisti, in rapporto al numero degli individui addetti a tali occupazioni non possono dirsi frequenti. Molti casi di atrofia muscolare progressiva sono probabilmente dovuti ad una morte precoce da iperattività delle piccole cellule delle corna anteriori, di quelle cellule che si sviluppano relativamente tardi o presiedono a funzioni muscolari delicate: nelle cucitrici sono colpiti dapprima i muscoli della mano, nei fattorini tramviarî i muscoli del pollice destro, nei minatori i muscoli della spalla e del braccio.

5° *Eccesso di lavoro.* — Il lavoro eccessivo, affrettato, disordinato è la causa di molte malattie nervose. L'arteriosclerosi cerebrale e la neurastenia sono le forme più tipiche e più comuni che hanno tale origine; ma anche il morbo di Basedow può essere provocato dalla stessa causa.

6° *Disturbi del metabolismo.* — Vanno ricordate le neuriti diabetiche accompagnate o non da lesioni dei cordoni posteriori, le neuriti gottose. La degenerazione combinata postero-laterale che si riscontra in molte anemie ed in certe forme di esaurimento organico, e forse anche alcuni casi di tetania e di miastenia gravis, appartengono a questo gruppo.

7° *Anomalie organiche in rapporto all'età.* — Tra le affezioni nervose che più frequentemente si osservano nei centri industriali c'è l'arteriosclerosi cerebrale precoce con focolai di rammollamento. Se ne vedono anche in individui di 42 anni. La sintomatologia varia molto: parecchi casi a prima vista somigliano alla paralisi progressiva; altri casi sono prevalentemente motorî con emiplegia o paraplegia con paralisi pseudo-bulbare; in altri casi è prevalentemente colpita la mentalità; altri casi infine assumono il quadro della sclerosi a placche. Della medesima origine è la paraplegia senile da lesioni senili precoci delle arterie del midollo lombo-sacrale. La paralisi agitante e la claudicazione intermittente e probabilmente anche la poliomielite anteriore cronica sono dovute ad alterazioni senili precoci.

8° *Neoplasmi.* — Le affezioni neoplastiche del sistema nervoso sono caratteristiche e di grande interesse clinico. Dal punto di vista medico-legale ha molta importanza la quistione se un trauma sia capace di provocare lo sviluppo di un tumore nel cervello e nel midollo.

9° *Parassiti e microrganismi.* — I grandi parassiti, l'idatide o cysticereus cellulosae, molto raramente colpiscono il sistema nervoso; ma i microrganismi sono la causa di molte affezioni nervose. È appena necessario di ricordare che gran numero di microrganismi (bacillo di Koch, Spirochaeta pallida, germi delle infezioni acute, germi settici e piemici, il bacillo del tetano, il germe della rabbia, ecc.) possono determinare malattie nervose. Probabilmente tutte le forme di meningite e di mielite sono di origine microbica. La paralisi ascendente acuta quasi certamente è dovuta a batterî o a tossine batteriche. L'encefalite letargica è certamente infettiva. E recentemente è stata dimostrata anche la origine microbica della sclerosi a placche.

10° *Ereditarietà.* — La ereditarietà è probabilmente la causa più comune delle malattie nervose. Sono ereditarie le pazzie, l'epilessia, l'emicrania, la neurastenia, la psicastenia, i

tics, la balbuzie, la corea di Hutchinson, la tendenza all'arteriosclerosi cerebrale precoce, l'atassia di Friedreich, l'atassia cerebellare ereditaria, la paraplegia spastica famigliare, varie forme di miopatie.

dr.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Importanza del sistema endocrino in alcuni disordini mestruali (dismenorrea primitiva, emorragia funzionale dell'utero).

(E. NOVAK. *Endocrinology*, luglio-settem. 1920).

In genere l'influenza di complessi ormonici su di un organo o su di una funzione varia in ragione del suo automatismo. Le alte funzioni volitive, p. e., i movimenti dei muscoli scheletrici sono dominate dal meccanismo nervoso e solo in via accessoria risentono l'azione dell'apparato endocrino, mentre le funzioni vegetative fondamentali sono dominate dai complessi ormonici e solo secondariamente risentono l'azione regolatrice del sistema nervoso simpatico.

La mestruazione, funzione eminentemente automatica, è chiaro che debba essere diretta dall'apparato endocrino, sebbene un certo rapporto bisogna pur che venga ammesso con centri superiori, come è dimostrato da alcune sue anomalie capaci di essere provocate da speciali stati emotivi (es. l'amenorrea di coloro che temono, ovvero che desiderano ardentemente una gravidanza, di coloro che hanno uno spavento, uno *shock*, ecc.).

Per circa un secolo l'ovaio è stato ritenuto indispensabile alla funzione mestruale, la quale dal Pflüger nel 1865 veniva spiegata come il risultato di una iperemia della pelvi determinata per via riflessa dalla pressione eccentrica di un follicolo di Graaf in maturazione. Il fatto che con l'ablazione delle ovaie e successivo trapianto di esse in una regione lontana dalla pelvi, la mestruazione non cessa, ha determinata la caduta della detta teoria nervosa riflessa, e ha messa innanzi la teoria umorale, per la quale la mestruazione è provocata da sostanze che l'ovaio immette nel circolo sanguigno. Ma quali sono queste sostanze? Il Marãnon distingue gli ormoni ovarici in tre gruppi: 1° gli o. generali che danno l'impronta femminile a tutte le funzioni dell'organismo; 2° gli o. sessuali che presiedono alla morfogenesi delle caratteristiche secondarie sessuali; 3° gli o. genitali che danno il ciclo mestruale. Sono questi ultimi, dunque, che, secreti non dallo stroma, nè dai follicoli, ma dal corpo luteo, l'esperimento ha dimostrato che presiedono alla mestruazione.

Detti ormoni ovarici hanno una stretta correlazione con quelli di altre glandole endocrine, specialmente la tiroide, l'ipofisi, le surrenali. Lavori sperimentali e clinici hanno messi in luce molti meccanismi di azione e molte sindromi cliniche che provano tale asserto, e sarebbe qui troppo lungo discutere.

Vogliamo invece fermare l'attenzione sulla dismenorrea primaria, e sulle metrorragie funzionali.

Dismenorrea primaria. — Con tal nome intendiamo quella forma di sofferenze mestruali che esistono senza alcuna diagnosticabile lesione della pelvi. Si riscontra frequentemente nelle giovani nullipare, maritate o nubili. Spessissimo viene attribuita ad ostruzione meccanica del canale uterino, specialmente a causa di anteflessione. Ma per quanto tale opinione sia comunissima fra i medici, essa è inattendibile, sia perchè molte volte l'antiflessione non si trova in tali dismenorroiche, sia perchè si constatano tante e acutissime anteflessioni senza dismenorrea. Non di rado si parla di nevrosi: ma questa non spiega tutto. Essa, in quanto rappresenta un'aumentata suscettibilità al dolore, può essere un fattore nell'etiologia e non più. Ma il fattore di gran lunga più importante è l'ipoplasia dell'utero.

L'ipoplasia dell'utero, comunissima anche in donne nel resto normalmente sviluppate, si distingue in tre tipi: α) tipo fetale, nel quale lo sviluppo si arresta nei primi stadî; il corpo uterino è rudimentario, e tutto si riduce al collo uterino, sempre piccolo; β) tipo infantile, nel quale lo sviluppo si arresta allo stadio qual si trova nelle bambine; esso è più grande del tipo precedente, ma predomina il collo, mentre il corpo è solo appendice; γ) tipo sub-pubescente, nel quale l'ipoplasia è relativamente lieve, e si accompagna spesso ad antiflessione, come il tipo infantile.

Se si pensa, che lo sviluppo dell'utero è alla dipendenza di speciale situazione endocrina, si comprenderà come la dismenorrea in questione è anche essa di origine endocrina. Individualizzare l'organo endocrino principalmente responsabile è difficile. Si può mettere in seconda linea l'ovaio, sia perchè il corpo luteo non compare prima della pubertà, sia perchè lo sviluppo dell'utero segue anche le leggi generali dello sviluppo organico, sia perchè si sono dati casi di assenza ovarica congenita con utero presente. Delle altre gl. endocrine è l'ipofisi quella cui ricerche sperimentali e osservazioni cliniche assegnano la parte più importante nella genesi dell'ipoplasia uterina sia congenita che acquisita.

Ond'è che la dismenorrea primaria dev'essere intesa come manifestazione endocrina, e specialmente espressione d'ipopituitarismo.

Metrorragia funzionale o meglio *Menorragia.* — Con tal nome intendiamo quella forma di metrorragia che si verifica senza alcuna diagnosticabile lesione della pelvi. Essa è molto frequente in specie ai due estremi della vita sessuale, nella pubertà e nella menopausa. Spesso casi di questo genere si presentano per il raschiamento, che d'altronde è indispensabile per escludere il carcinoma.

Si desidera richiamare l'attenzione sul fatto, che l'esame istopatologico, escluso il carcinoma, in casi di questo genere, dà un reperto conforme al tipo dal Culleu descritto come iperplasia dell'endometrio. Si osserva un aumento di elementi epiteliali ed elementi dello stroma; molte glandole sono ingrandite e di aspetto cistico, ma l'aspetto cistico non è dovuto a ritenzione; spesso le cellule epiteliali sono disposte in varî strati. Grossolanamente l'endometrio è ispessito, spesso molto, e come di apparenza fungosa. Degna di menzione è la simiglianza di tal reperto con quello che, p. e., il mioma, l'adenomioma sogliono determinare sulla mucosa uterina. Orbene, il mioma e l'adenomioma sono in rapporto con lesione della funzionalità ovarica.

È molto probabile dunque, che il reperto caratteristico della menorragia funzionale, l'iperplasia dell'endometrio del Culleu, sia anch'esso collegato con un'alterata funzione dell'ovaia. Che cosa, infatti, v'è di più indipendente, in condizioni normali, dell'ovaio con l'endometrio? I cambiamenti istologici dell'endometrio durante il ciclo mestruale non sono paralleli a modificazioni strutturali dell'ovaio durante il ciclo mestruale?

Queste menorragie, che il raschiamento locale non guarisce, cedono poi all'uso del radium o dei raggi X: essi non operano solo sull'endometrio, ma anche sull'ovaio.

Dunque la menorragia funzionale è una manifestazione endocrina, dell'alterata secrezione interna dell'ovaio, e consistendo in un eccesso di funzione, definisce per ciò stesso con ogni probabilità in che consista l'alterazione dell'ormone ovarico specifico, cioè un eccesso; essa quindi è dipendente da iperovarismo.

N. GENTILE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

H. LETHEBY TIDY: *A Synopsis of medicine.* Un vol. in-16 rilegato di pag. 911. — I. Wright and Sons Ltd., Bristol. — Prezzo scellini 26.

Il titolo di questo libro può forse fare l'impressione che la materia vi sia trattata superficialmente; invece l'aver lasciato da parte le notizie non essenziali, la disposizione e la trattazione quasi schematica degli argomenti, nonchè lo stile serrato e conciso rendono l'opera agile, nel tempo stesso che di ogni malattia vengono date le cognizioni necessarie.

Ogni forma morbosa viene considerata nella sua eziologia, anatomia patologica, sintomi, complicazioni, diagnosi, prognosi e cura: per le malattie più importanti, la trattazione pure rimanendo schematica è assai più ampia, come, p. es., per la tubercolosi che comprende 45 pagine. Nè vi sono trascurati i recenti progressi nelle conoscenze mediche, quali la classificazione dei meningococchi, secondo Gordon, la classificazione degli stadi della tubercolosi secondo Turban, ecc.

Il libro sarà utile allo studente per ricapitolare le sue cognizioni ed al pratico per una rapida consultazione per la quale le caratteristiche più importanti di ogni malattia, gli vengono messe subito sott'occhio.

fil.

CASTAIGNE, BRULÉ, FIESSINGER, FAROY, GARBAN: *Foie et Pancreas.* — A. Maloine, éd., Paris, 1920.

Nel 12° volume del « *Traité de pathologie médicale e de thérapeutique appliquée* », diretto da E. Sergent, Ribadeau-Dumas, L. Babonneix, le malattie del fegato e del pancreas sono trattate da *specialisti* dei vari argomenti. Castaigne infatti premette una prefazione generale, nella quale riassume tutti i progressi di questi ultimi anni, Brulé e Garban si occupano delle funzioni epatiche e degli itteri, Fiessinger affronta il problema delle cirrosi, Brulé i tumori e le flogosi acute del fegato, Faroy chiude il volume con la trattazione delle malattie pancreatiche: nomi adunque tutti noti agli studiosi italiani, per il largo ed originale contributo in tema di malattie epatiche e pancreatiche.

Chi ha concepito il trattato si è proposto un duplice scopo: offrire cioè al medico quanto di vecchio e di nuovo si conosce per la diagnosi e per la cura delle malattie; non trascurare il pregio dell'originalità, cercando di « essere didattici, pur restando personali ». Lo scopo è davvero lodevole, ma non è scevro

da pericoli. È difatti difficile in medicina, fissare il momento in cui *le idee personali* acquistano il diritto di essere codificate nei trattati, i quali servono a formare la coscienza basale del giovane medico, e di inspirare indirizzi e metodi terapeutici. Quelle doti di originalità, che, per un libro nuovo possono costituire un pregio, si traducono in danno evidente, se il libro stesso capita nelle mani di giovani studenti.

La ripresa teorica sulla patogenesi dell'ittero, che pur non essendo una vera novità, novità appare, così come il Brulé e la scuola del Widal ce la offrono, deve ancora restare sotto il dente della critica, prima di acquistare il diritto di impostare le direttive di un libro sulla patologia del fegato; la parte sperimentale del Fiessinger sulla cirrosi (cirrosi sperimentale, funzione citolitica e autotossica) deve essere ancora controllata, prima di costituire il fondamento di una serie di ipotesi e di direttive terapeutiche.

Il volume « Foie et Pancreas », che recentemente ha veduto la luce, è libro di innovazione e di battaglia: come tale esso è indispensabile agli studiosi, che vogliono seguire l'alterna vicenda delle questioni scientifiche più discusse, riassunte magistralmente in breve spazio; ma esso è forse troppo originale per chi ha invece bisogno di un vero trattato.

In questo rilievo ho voluto porre in evidenza quella caratteristica che differenzia il libro dagli altri consimili; nel resto il nome degli ideatori e dei compilatori costituisce garanzia: il lettore leggerà di un fiato molti capitoli, esposti con lucida chiarezza e semplicità ammirevole.

t. p.

COSTE F.: *Du symptôme à la maladie.* IV edizione. Un vol. in-16 di 367 pagine. — A. Maloine et Fils, ed. — Prezzo: Fr. 12.

Opera eminentemente pratica, che permette di rispondere alla questione, spesso angosciosa, del significato dei sintomi, che il medico raccoglie nell'anamnesi o con la sua osservazione. Ogni singolo fatto viene qui analizzato ed utilizzato come una via, che conduce alla diagnosi; i fenomeni dolorosi, le anemie, le vertigini, le cefalee, i vomiti, le ematemesi, le palpitazioni, ecc. È così che dai sintomi che il malato accusa il medico passa a conoscere dapprima lo stato anatomico e funzionale dell'organo ammalato e ad inquadrare la sindrome in una specie nosologica.

In questa IV edizione, aumentata di oltre 100 pagine in confronto della prima, vi sono capitoli interamente nuovi (stati infettivi, fiato fetido) ed altri completamente rifatti.

fil.

G. MARAÑÓN: *Nuevas orientaciones sobre la Diabetes insipida.* — Editorial Saturnino Calleia S. A., Madrid, 1920.

L'elegante volumetto del Marañón è una concisa monografia su quanto di moderno si conosce sul diabete insipido.

L'A., che autorevoli contributi clinici aveva già pubblicato sull'argomento, rivendica alle ricerche cliniche, anatomopatologiche, alle prove opoterapiche la sovranità per orientare il pensiero moderno: la concezione di una ipofunzione della *pars* intermedia e posteriore dell'ipofisi deve sostituire il concetto di una iperfunzione, quale da ormai celebri esperienze di Schäfer sembrava resultare.

Malattia di origine sicuramente endocrina, il diabete insipido è dilucidato nella sua parte clinica, etiologica, patogenetica.

Utile contributo quello del Marañón, che si legge con rapidità; l'esposizione è lucida, e non saprei ad onore dell'A. ricordare una qualità migliore per un libro che tocca un capitolo di endocrinologia.

t. p.

W. WOLFF: *Taschenbuch der Magen und Darmkrankheiten*, 2ª ediz., 1 vol. in-12 di pag. 200 con 18 fig e 1 tav. colorata. — Berlino e Vienna, Urban & Schwarzenberg, 1920. — Prezzo per l'Estero: marchi 20.

In base all'esperienza propria, l'A. descrive, per i medici pratici, i mezzi diagnostici e le risorse terapeutiche più semplici e più sicure. Si ferma in specie sulla distinzione tra forme organiche e nervose, tra affezioni benigne e maligne: in altri termini dà il massimo peso alle diagnosi fondamentali, che spesso sfidano gli specialisti più provetti e l'insufficienza delle quali è causa di molti insuccessi terapeutici. Molta parte è fatta, naturalmente, alla radiodiagnostica, di cui anche il pratico deve ormai conoscere tutto il valore.

R. B.

JOSE W. TOBIAS: *La epidemia de gripe de* 1918-1919. 1 vol. in-8 gr. di pag. 208 con 26 tavole. — Buenos Aires, « Las Ciencias », 1920.

È una tesi di laurea presentata alla Facoltà delle Scienze Mediche dell'Università Nazionale di Buenos Aires il 31 luglio 1919: all'A. è stato meritamente assegnato il premio annuale della Facoltà.

Contiene una revisione diligente e ordinata della letteratura medica sull'epidemia d'influenza, fino ai primi mesi del 1919: in capitoli successivi l'A. studia l'epidemiologia, l'eziologia, l'anatomopatologia, le differenze tra forma pandemica e nostrale, la sintomatologia, le forme cliniche, la profilassi.

L'esposizione è corredata di osservazioni anatomo- ed isto-patologiche e batteriologiche eseguite dall'A. in cooperazione col dott. Ruiz.

Il lavoro merita di essere consultato dagli studiosi dell'influenza.

R. B.

RICARD-POMARÈDE C.: *La cure de diurèse*. Un vol. in-16 di 86 pagine. J.-B. Baillière, ed., Parigi. — Prezzo: Fr. 3.

L'A. espone qui le leggi che governano la idruria e le applicazioni che possono farsene per una cura diuretica, studia brevemente le principali sindromi renali ed epato-renali che è necessario tener presenti prima di iniziare la cura di diuresi, e termina passando in rivista i regimi alimentari e le indicazioni delle cure diuretiche.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche.

Seduta del 17 *dicembre* 1920.

(Presidenza: prof. ROSSI, presidente).

Torsione spontanea del cordone spermatico.

CARRARO N. — Un giovane di 15 anni, senza antecedenti morbosi, da 6 anni soffriva anche senza cause apparenti di violenti crisi dolorose al testicolo sinistro dapprima, poi anche al destro. Durante la ultima crisi violentissima l'oratore potè diagnosticare una torsione spontanea del cordone spermatico ed intervenire chirurgicamente. Aperta la vaginale del testicolo trovò che il testicolo destro era privo di meso e che girando su se stesso aveva torto il cordone per ben quattro volte. Ridotta la torsione, i tessuti vennero completamente suturati; guarigione con conservazione dell'organo.

Voluminosa cisti da echinococco del fegato.

MAIOCCHI A. — L'importanza del caso è dovuta oltre all'enorme volume della cisti, la quale occupava il lobo destro del fegato e raggiungeva il volume di una testa di adulto, anche al fatto che essa era comparsa alla età di 15 anni ed era stata tenuta tutta la vita, non impedendo alla paziente, di età già inoltrata, di avere otto gravidanze normali.

L'operazione riuscì abbastanza difficile, dato il volume della tumescenza: fu praticato lo svuotamento e la marsupializzazione della cisti: la guarigione completa si ebbe dopo più di tre anni.

Un caso di tumore della coda equina operato e guarito.

MEDEA E. e ROSSI B. — Gli oratori presentano un caso di tumore della coda equina (peritelioma) che aveva determinato nel paziente una grave paraplegia con fenomeni vescicali, decubiti e dolori gravissimi. La diagnosi fu facilitata dal reperto del liquido c. r. (xantocromia e coagulazione in massa) e dall'andamento della forma morbosa (inizio unilaterale, distribuzione radicolare della sensibilità, ecc.). Venne esportata parte della dodicesima vertebra dorsale, e le lombari dalla prima alla quarta.

È opportuno controllare continuamente durante l'atto operativo la pressione arteriosa, sospendendo l'operazione quando essa diminuisce eccessivamente, inoltre irrorare continuamente il sacco durale aperto con soluzione fisiologica. Il tumore, lungo circa centimetri quattro e mezzo, conglobante le radici, venne esportato digitalmente.

Il paziente ora non ha più dolori, i decubiti si sono riparati, la motilità è tornata, la vescica funziona normalmente.

Sull'azione antitermica dell'eroina.

GENNARI C. — Osservazioni su parecchi casi di tubercolosi polmonare, con febbre elevata non influenzabile dagli antitermici, nei quali ottenne mediante iniezioni di eroina (1-4 mmgr.) un abbassamento notevole della temperatura che durò in alcuni casi fino a due giorni. In qualche caso continuando la cura riuscì a tenere la temperatura a valori sub-febbrili. Interpreta l'effetto dell'eroina dovuto alla sua azione sedativa e tonica sul sistema nervoso assai eccitabile e sensibile nei soggetti da lui esperimentati, e ne deduce la grande importanza pratica che si deve attribuire al sistema nervoso nella genesi di molti stati febbrili.

Azione terapeutica dell'olio di chaulmoogra nella tubercolosi.

GENNARI C. — L'olio di chaulmoogra adoperato in pomata per via esterna nelle ulcerazioni tubercolari diede all'oratore risultati soddisfacenti ed incoraggianti, in quanto ottenne una essiccazione delle ulcere stesse con tendenza alla guarigione; essa però non è duratura e si dovette ripetere la cura accompagnandola ad altri sussidi terapeutici. Per via interna venne somministrata in forma pillolare da 2 a 6 gocce. L'effetto ottenuto potè dirsi in massima soddisfacente sopratutto in alcuni casi che non fecero altra cura contemporanea, e nei quali si ottenne diminuzione dello sputo e notevole aumento di peso. Non crede però per ora di poter trarre risultati definitivi dalle sue prove.

C. VALLARDI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

La pleurite appendicolare.

Secondo Lapeyre la vera pleurite appendicolare è la pleurite che si manifesta come una complicazione locale dell'infezione e non è che un ascesso della pleura per propagazione continua o a distanza.

Guinard ammette queste pleuriti per continuità, ma fa anche notare che vi sono casi nei quali si tratta di una localizzazione pleurica della setticemia d'origine appendicolare.

Al contrario, Brunetière ammette la sola teoria per propagazione continua: interessante quindi è la descrizione di un caso di pleurite appendicolare a distanza che Lepoutre comunica alla Société de Chir. de Paris (*Journal des Sciences médicales de Lille*, n. 40, 1920).

W., di 25 anni, il 6 febbraio, dopo una colazione di alimenti piuttosto indigesti, accusò sordi dolori addominali, conati di vomito, diarrea: il giorno dopo la temperatura raggiunge i 38°.5, il dolore è nettamente localizzato nella regione appendicolare. Nei giorni seguenti scompaiono coliche e vomiti, diminuisce la difesa muscolare, permane la febbre. Verso la fine di febbraio il piastrone è diminuito, niente si riscontra ai lombi o alla pelvi, ma lo stato generale è mediocre, il polso a 130, depressibile onde la malata viene operata il tre marzo.

L'appendice si trova facilmente: la sua punta discende verso il bacino ed aderisce alla parete, alla base si riscontra un piccolo ascesso ed in corrispondenza una piccola ulcerazione dell'appendice. Asportazione: drenaggio. Il settimo giorno la ferita si chiude ma la temperatura resta oscillante fra 37°.4-39°-39°.1.

Dopo due, tre giorni si constata un versamento pleurico il cui liquido, citrino, mostra dopo centrifugazione al microscopio numerosi leucociti, alcuni globuli rossi, alcune cellule endoteliali, numerosi germi, non il Bacillo di Koch.

Il 24 marzo nuova puntura: il liquido è torbido: le sue culture svelano dei germi aerobi (*Bacillus aerogenes = Proteus - Stafilococco aureo - Streptotrix*) e dei germi anaerobi (*Perfringens - Ramosus - Uno streptococco anerobio*).

Il 25 marzo la malata viene operata e drenata. Un mese dopo è completamente guarita.

L'A. conclude e dice che:

1° La natura appendicolare della pleurite in questo caso non è da mettersi in dubbio dato l'esame batteriologico.

2° L'inizio della pleurite avvenne dopo l'operazione per appendicite.

3° L'evoluzione lenta, i sintomi generali scarsi dimostrano la virulenza attenuata dei germi.

4° La comparsa di una pleurite dopo una operazione di appendicite non raffreddata è rara: nella maggioranza dei casi la pleurite purulenta domina il quadro clinico.

5° In questo caso non si può ammettere la propagazione per continuità di Lapeyre, nè per mezzo dei linfatici di Dieulafoy. Invece si può ammettere che il trauma operatorio ha permesso l'irruzione in circolo di germi i quali essendo attenuati non hanno dato luogo ad una violenta setticemia (una setticemia analoga a quella che dà luogo al flemmone perinefritico metastatico).

MONTELEONE.

La diagnosi della pleurite tubercolare saccata dell'apice.

Può offrire serie difficoltà per le numerose affezioni che la simulano. Con la *polmonite apicale* ha somiglianza per l'ottusità alla percussione, l'assenza del murmure respiratorio; però l'ottusità è assai meno distinta nella polmonite, in cui si avverte anche minore resistenza con il dito esploratore. La radioscopia inoltre rivelerà un'ombra con la base all'ascella e l'apice all'ilo, mentre nella pleurite saccata il margine inferiore dell'ombra ha convessità in alto. In caso di dubbio si ricorre alla puntura esplorativa.

Offrono pure punti di somiglianza l'infiltrazione tubercolare dell'apice, i nodi linfatici tracheo-bronchiali, con congestione apicale; si presentano pure con ottusità, e soffio respiratorio con o senza rantoli; nei bambini, la difficoltà della ricerca del fremito vocale tattile aumenta le incertezze. La radioscopia può dare in tal caso utili indicazioni, poichè nell'infiltrazione tubercolare l'opacità è meno marcata e più diffusa, senza il caratteristico decorso della linea inferiore convessa verso l'alto.

La cisti idatidea ed il cancro possono pure presentare sintomi simili alla pleurite saccata, la prima occupa la parte mediana o la base dell'apice, il secondo può prendere l'intero lobo superiore. La puntura esplorativa chiarirà la diagnosi nel caso della cisti, ma può lasciare incertezze per il cancro in cui si può avere liquido giallastro.

Anche la pleurite mediastinica anteriore o posteriore può assumere l'aspetto clinico di pleurite saccata dell'apice, sebbene nella prima il dolore e la dispnea siano assai più vivi; si ha inoltre spostamento del cuore, ed, all'esame

radiologico, un ingrandimento dell'ombra cardiaca, senza pulsazioni visibili.

L'empiema del mediastino posteriore provoca dispnea, spasmo della glottide, disfagia, raucedine, tutti fenomeni assenti nella pleurite apicale, mentre i segni fisici e radiologici si trovano nella regione paravertebrale.

In complesso la diagnosi corretta della pleurite saccata dell'apice deve basarsi essenzialmente sui segni radiologici e sulla puntura esplorativa. (*Med. Record*, 14 febbraio 1920).

fil.

L'espettorazione purulenta continua nelle suppurazioni pleuro-polmonari.

Benchè la *vomica* sia considerata il segno patognomonico delle raccolte purulente polmonari o pleuriche, apertesi nei bronchi, purtuttavia possono esistere tali raccolte con un espettorato molto differente.

Si tratta (P. E. Weil, *La Presse médicale*, n. 59, 1920) di malati in cui i dati clinici obiettivi fanno tutt'al più sospettare, non affermare, l'esistenza di una pleurite, i quali espettorano in modo quasi continuo, mai a *vomica*, dai 150 ai 250 c.c. di materiale purulento al giorno.

L'esame radioscopico solo porta a diagnosi più precise.

Talora si scopre con tale mezzo un piccolo pneumotorace, il più spesso ascellare, interlobare, diaframmatico, mediastinico: tali piopneumotoraci non danno segni fisici particolari e vengono diagnosticati nelle più differenti maniere.

Altre volte si trova semplicemente l'immagine di una pleurite parziale, ascellare, svelata da una zona nerastra, col diametro maggiore verticale, limitato in fuori dalle coste dal cavo ascellare fino al seno costo-diaframmatico, ed in dentro da una netta curva a concavità esterna. Questa pleurite, incistata, non si accompagna ad alcuna espettorazione; talora ne presenta una abbondante.

L'A. insiste sull'esistenza di pleuriti suppurate parziali vuotantisi lentamente e continuamente nei bronchi, senza formazione di pneumotorace, la cui dimostrazione è data dall'iniezione di bleu di metilene nella cavità e dalla immediata comparsa di espettorazione colorata.

Esistono anche ascessi, gangrene polmonari, nei quali l'espettorazione purulenta fetida o no si mostra regolare e continua, senza *vomica*: la diagnosi è qui difficile quando la fetidità dell'alito e degli sputi non metta sulla via, fetidità d'altronde esistente solo nei casi di gangrena e non nei semplici ascessi.

Si comprende l'importanza della conoscenza di tali espettorati dal punto di vista non solo della esatta diagnosi, ma anche dell'utile possibile intervento terapeutico.

MONTELEONE.

Le punte di fuoco nella pleurite secca.

L'azione delle punte di fuoco è manifesta già dopo due minuti dalla loro applicazione; la respirazione si fa più ampia, il murmure vescicolare diventa più netto, meno aspro, meno soffocato; sembra come se le aderenze siano diventate più cedevoli. Anche l'ammalato ne risente subito un benessere subbiettivo.

Il risultato ottenuto con una prima applicazione però, scompare abbastanza rapidamente; esso va dunque consolidato ripetendo l'applicazione stessa ad intervalli non maggiori di tre o quattro giorni; solo nelle ultime applicazioni, allo scopo di risparmiare la cute del malato, si potrà allungare l'intervallo di uno o due giorni.

Secondo Gluge (*Journal des Praticiens*, 27 novembre 1920) le punte di fuoco hanno anche un effetto antianemico manifesto e rapido, che si osserva già al secondo giorno. L'A. lo spiega con l'improvviso miglioramento della funzione polmonare dopo un periodo di quasi inattività. Ciò peraltro non deve far trascurare la cura a base di ferro, arsenico e specialmente di ferro colloidale.

Certamente non tutte le pleuriti secche vanno curate con le punte di fuoco; si riserverà tale trattamento alle forme molto accentuate, ribelli, o particolarmente dolorose. Siccome poi ne residuano delle cicatrici si useranno parcamente nelle donne.

fil.

NOTE DI TECNICA.

La preparazione chirurgica preoperatoria della cute.

In luogo della tintura di jodio, il Soresi (*Annals of Surgery*, gennaio 1920) consiglia di usare una soluzione di caucciù (la gomma para usata come mastice per biciclette, ecc.) in etere, in proporzione di 1 di caucciù per 5 di etere. Si agita e si lascia in riposo per 5 giorni. Si applica poi per spennellature sul campo operatorio, mettendone due o tre strati; si forma una pellicola che aderisce alla cute, prevenendone l'infezione. Ha il vantaggio di non irritare la pelle con le emanazioni nè gli organi prossimi, come fa la tintura di jodio; esclude l'attaccamento della garza ai tessuti: lo sparadrappo adesivo attacca bene sulle pellicole. Le ricerche batteriologiche hanno dimostrato che la soluzione è sterile.

r. s.

IGIENE.

La pellagra fra i prigionieri turchi e tedeschi in Egitto

A. B. Bigland (*Lancet*, 1° maggio 1920) ha osservato negli inverni 1916-17 e 1917-18, fra i prigionieri di guerra turchi in Egitto, un numero tale di pellagrosi da giustificare il vero termine di epidemia. Nella maggior parte trattavasi di casi primari che avevano sofferto per diversi mesi di diarrea prima che si manifestasse l'eruzione: questa, in Egitto, si mostra particolarmente durante il gennaio con una distribuzione sul corpo, che dimostra chiaramente l'influenza dei raggi solari. Fra i principali sintomi osservati, oltre a quelli già citati vi sono i seguenti: incontinenza fecale, alterazioni della lingua, stigmate isteriche e specialmente una profonda malinconia, abbastanza frequente l'edema, che spesso ha preceduto l'eruzione.

Venne osservata un'elevata mortalità (50 % circa): all'autopsia si riscontrò grande frequenza di dissenteria bacillare cronica e di lesioni tubercolari: in due casi, emorragia delle surrenali con degenerazione grassa delle cellule corticali.

Nessun risultato concludente si ebbe dall'esame batteriologico del sangue e delle feci.

L'A. ritiene che la pellagra non possa venire considerata come un'entità clinica definita nel senso che una sola causa presieda alla sua produzione; essa è piuttosto una sindrome, analogamente al beriberi. Viene in seguito discussa la pellagra come malattia da deficienza; in riguardo a tale teoria viene citato il caso di un ufficiale tedesco che contrasse la pellagra in Rumania, dove era costretto a mangiare del pane col 20 % di granoturco. Certamente i turchi, prima di essere fatti prigionieri, soffrivano di una notevole deficienza alimentare; il valore biologico della proteina era di 30.4 prima della cattura e di 44.6 durante la prigionia; nei prigionieri tedeschi, rispettivamente di 49.4 e 58.3.

L'ipotesi che la pellagra sia prodotta da una tossina può venire spiegata nel senso che viene introdotta dall'esterno una sostanza la quale abbassa il valore biologico della proteina ingerita provocando il digiuno proteico. Non è improbabile che detta sostanza eserciti la sua azione sopra le ghiandole endocrine, specialmente sulle surrenali in quanto che la pellagra presenta una certa somiglianza col morbo di Addison. Questa tossina sarebbe della natura dei virus, per il fatto che provoca modificazioni degenerative nel sistema nervoso e non è trasmissibile nel senso ordinario della parola.

I. L. Enright (*Tropical diseases Bulletin*, luglio 1920) ha osservato, pure in Egitto, lo sviluppo di 65 casi di pellagra fra i prigionieri tedeschi, provenienti in massima parte dalla Palestina. Quasi tutti avevano sofferto dissenteria o malaria, ma in complesso non avevano avuto restrizioni alimentari. I sintomi si svilupparono dopo 4 mesi e mezzo di prigionia; la dieta aveva un valore biologico proteico di molto superiore a quello riconosciuto sufficiente per prevenire la malattia. In qualche caso si ebbe una parotite apiretica: assai frequente l'edema.

La cura consistette nel riposo, ed aumento nella dieta specialmente per quanto riguardava la carne, il pane, le uova.

Le conclusioni che si traggono da questi lavori sono che la deficienza alimentare non è il solo fattore nella eziologia della pellagra. Questa ha diversi gradi: nei più miti, può darsi che si tratti di sola deficienza alimentare: essi difatto possono guarire con la sola dieta. Nei casi più avanzati, vi è invece qualchecosa d'altro, che forse è la tossina, elaborata nell'intestino, a cui accenna il Bigland. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1263) *La cura della tabe.* — Abb. n. 9610:

La tabe, come la paralisi progressiva, non risente gran che l'azione terapeutica dei preparati mercuriali. E ciò malgrado la natura luetica delle due affezioni sia oramai fuori discussione. E' stata vantata la efficacia degli arsenobenzoli, ma in effetti il risultato non è stato dei più confortanti. Le così dette guarigioni attribuite a tali cure coincidono probabilmente con i periodi di remissione, che sono così frequenti nella tabe. C'è anzi chi sostiene che gli arsenobenzoli aggravino la sifilide neurotropa. Pare assodato comunque che le cure arsenobenzoliche della sifilide nei primi stadii non preservino dalle manifestazioni parasifilitiche, che secondo qualcuno anzi sarebbero affrettate. Allo stato dei fatti non si può disconoscere una certa benefica azione del mercurio, dal quale non bisogna però attendersi molto; esso agisce meglio somministrato a mezzo delle frizioni dell'unguento napoletano, che oggi ritorna in onore.

Questo per la cura etiologica, per la cura sintomatica bisogna ricorrere ai rimedî ordinari, che si trovano indicati in tutti i trattati di neuropatologia. *dr.*

(1264) *Vaccino Di Cristina contro la pertosse.* — Al dott. G M. abb. n. 9787:

Per il vaccino di Cristina-Caronia per la pertosse, ella potrà rivolgersi al prof. Di Cristina, dell'Università di Palermo.

Per la *cura medica del gozzo gelatinoso* rimandiamo alla risposta a pag. 1130, fasc. 40, anno 1920. *t. p.*

VARIA

La salute pubblica nella Russia dei Soviet.

Haden-Guest, in qualità di segretario e medico della Delegazione brittannica del lavoro, ha visitato la Russia dal 10 maggio al 15 giugno 1920 e riferisce sulle condizioni sanitarie, che ha avuto occasione di osservare (*Lancet e Office int. d'hyg. publique*, ottobre 1920).

Per quanto riguarda le epidemie, l'A. è venuto a conoscenza che i casi di colera sono stati 35,619 nel 1918, pochi casi nel 1919; nel 1920 si sono avuti in gennaio 430 casi, che sono discesi a 216 nel marzo; 100 casi vi erano a Mosca quando l'A. abbandonò la città; egli ritiene che l'epidemia tenda a spegnersi.

Il tifo esantematico è comparso in forma epidemica nell'autunno 1918, e si è sviluppato nel 1919; nei primi otto mesi di tale anno, sono stati registrati casi 1,299,262 (la popolazione attuale si calcola di 125 milioni), la mortalità è stata di 8-10 %. L'epidemia è cessata con l'estate ed ha ripreso in ottobre, novembre, dicembre, contemporaneamente all'avanzata dell'esercito rosso: sembra che, in seguito, misure energiche di cremazione e disinfezione abbiano arginata l'epidemia. Però quando l'A. fece la sua visita, vi era tifo esantematico in tutti gli ospedali ed in ogni città o villaggio. Alle cifre date, occorre aggiungere un numero quasi uguale di tifo ricorrente. Sembra invece che i casi di febbre tifoide siano stati relativamente meno numerosi.

Di vajuolo vi furono 81,851 casi dal 1° novembre 1918 al luglio 1919: il potere centrale di Mosca avrebbe prescritta la vaccinazione obbligatoria, che sembrerebbe largamente diffusa.

Organizzazione sanitaria. — Tutto il servizio medico è diretto dal Commissario della salute publica, con sede a Mosca: l'igiene e l'assistenza sanitaria sono state nazionalizzate. Teoricamente le cure sono gratuite, i medici sono in massima parte funzionari dello Stato, il sistema della clientela privata non esiste più. L'organizzazione sanitaria si dibatte fra grandi difficoltà mancando di medicine, di disinfettanti; i medici sono moralmente depressi ed in numero insufficiente.

L'A. studia in particolar modo lo stato sanitario di Astrakan, ed asserisce che analoghe condizioni si osservano in tutta la Russia. Cumuli d'immondizie si vedono in tutte le strade, sono lasciati in abbandono gli impianti d'acqua, con i filtri deteriorati; dovunque pantani, veri allevamenti di anofele. Si ha quindi gran numero di casi di malaria (che rappresenta gli 8/10 di tutte le malattie e dà la mortalità del 20 %). All'epoca della visita dell'A., la dissenteria amebica e l'ascesso epatico infierivano: al 7 giugno vi erano 642 casi di scorbuto, 196 di tifo esantematico, 14 di febbre tifoide, 6 di vajuolo. Al contrario di quanto era stato asserito all'A. a Mosca, la vaccinazione non era affatto obbligatoria. Pessime le condizioni degli ospedali, senza medicine, materiali di medicatura; invece di sapone vi era un surrogato a base di olio di foca e di pesce: le mosche vi erano abbondantissime. Dovunque regnava il più assoluto *nicevó*. È un crollo totale della civiltà.

Grave è stata la ripercussione sulle malattie generali e sociali; l'insufficienza alimentare ha aumentato la mortalità infantile, arresto di crescenza, rachitismo (che ha colpito l'80 % della popolazione infantile), scorbuto. Hanno sofferto molto anche i vecchi e le donne, in cui l'anemia ha portato notevoli disturbi mestruali. La tubercolosi è in aumento, non differentemente dagli altri paesi; la sifilide non curata guadagna rapidamente terreno; viceversa sembra che l'alcool sia quasi scomparso. In Ucraina, sebbene la situazione alimentare sia migliore, le condizioni sanitarie sono simili a quelle della Russia per lo stato di anarchia che vi regna.

L'A. segnala il grave pericolo per l'Europa occidentale della presenza di milioni di individui affetti dalle malattie contagiose più temibili, e ritiene che se non vi si porta un sollecito rimedio, tale condizione può portare il crollo della civiltà. Consiglia quindi l'istituzione di una commissione sanitaria internazionale che rimetta le cose a posto, e l'invio di medici per aiutare i colleghi russi, sottoposti ad una prova che sorpassa le loro forze.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il 2° Congresso della Federazione Nazionale dei medici-chirurghi liberi professionisti.

A complemento delle notizie già date su questo convegno, aggiungiamo che il prof. Piccinini recò un ordine del giorno, riassumente concetti già esposti dal Presidente nel suo discorso inaugurale, affinchè la Federazione facesse parte dell'Unione Nazionale dei Medici.

Tale ordine del giorno fu accolto dall'assemblea solo come raccomandazione alle Sezioni.

Sui Sindacati Medici fu presentata una relazione scritta del prof. Borgherini di Padova. Dopo ampia discussione a cui prese parte la maggioranza dei presenti, si approvò un ordine del giorno che accoglie il principio e le linee generali tracciate nella relazione e considerando che gli Ordini dei Medici non possono esercitare azione sindacale, fa voti che si addivenga al più presto alla formazione di un Sindacato Nazionale.

Il prof. Marchetti riferì sui «Limiti della assistenza gratuita negli ospedali e nelle cliniche» riscuotendo vivissime approvazioni.

Il Vice-Presidente federale prof. Pinaroli di Torino trattò delle «Norme per l'iscrizione dei medici nell'elenco degli specialisti» ed il suo ordine del giorno venne approvato all'unanimità.

Il dott. Pellegrini, di Livorno, insieme al professore Filè-Bonazzola, trattò «Dei metodi di lotta e resistenza delle questioni ledenti il libero esercizio».

Il delegato di Roma, prof. Lazzè, svolse la sua relazione in riguardo dei certificati medici che debbono avere il medesimo valore di quelli rilasciati da ufficiali sanitari, medici municipali ed ufficiali medici.

Il dott. Ceccherelli di Milano parlò sulle perizie mediche e molti altri ancora fecero brevi ma importanti relazioni, finchè il Presidente federale, a causa della mancanza di tempo, svolse brevemente l'ultimo tema del Congresso «La nostra Federazione e la Confederazione Italiana dei Sindacati Economici (C. I. S. E.)». Tema vastissimo e della massima importanza, dato l'immenso valore che ora vanno ad assumere i Sindacati professionali. La strettezza del tempo non permise all'oratore un ampio svolgimento del tema, nè all'assemblea una esauriente discussione, sicchè si dovette approvare soltanto l'ordine del giorno del dottor Picolli di Milano, che plaudendo alla relazione del prof. Filè-Bonazzola ed ai concetti informatori della Confederazione dei Sindacati Economici, dà mandato ai delegati delle Sezioni di informarne i colleghi e di discuterne, facendo voti che, date le direttive sindacali, a cui la classe medica deve ispirarsi, la Federazione dei medici liberi professionisti entri a far parte della Confederazione stessa.

Prima della definitiva chiusura del Congresso il prof. Boveri lesse una breve nota approvata «Sulla riforma del Consiglio Superiore del Lavoro».

Viene poi scelta Roma come sede del futuro Congresso.

Per la cronaca possiamo aggiungere che tutti i convenuti a Firenze, fra cui moltissimi erano quelli che avevano sempre preso parte a tutti i Congressi d'indole professionale, si trovarono pienamente d'accordo nel dichiarare che fra i Congressi di simil genere nessuno era mai riuscito così ordinato, nè in alcun altro si era raggiunta una così serena comunione di energie, di intelletto e di pensiero.

La smobilitazione degli ufficiali medici.

Il ministro della guerra, con recente disposizione, ha determinato la completa smobilitazione di tutti gli ufficiali ed aspiranti medici laureati, nonchè dei farmacisti, trattenuti ancora alle armi.

Allo scopo di non turbare il regolare funzionamento del servizio, è stato disposto che il congedamento abbia luogo con le norme seguenti: gli ufficiali ed aspiranti nati nel primo semestre del 1896 saranno ricollocati in congedo dal 1° al 10 febbraio corr.; quelli nati nel secondo semestre, saranno congedati dal 1° al 10 marzo successivo, e quelli appartenenti alle classi 1897, 1898 e 1899 saranno indistintamente ricollocati in congedo dal 1° al 15 aprile.

Potranno essere trattenuti in servizio soltanto coloro che ne facciano domanda alle autorità competenti.

ATTI PARLAMENTARI.

Discorsi pronunziati alla Camera per la concessione del caro-viveri ai medici condotti pensionati.

On. dott. Evoli. — Onorevoli colleghi, il disegno di legge sottoposto all'esame del Parlamento è destinato, io penso, a raccogliere il voto concorde di tutti i gruppi politici, essendo vôlto a rimuovere la situazione angosciosa, in cui si dibattono con crescente passione, benemerite categorie di funzionari, che nell'età produttiva della loro esistenza dettero le migliori energie a servizi di pubblico interesse o a mansioni di carattere sociale.

Ma io non debbo, non posso tacere di una lacuna del disegno di legge, la quale a me, forse perchè medico, fa maggior senso. Anche questa volta, come già nel decreto del settembre 1919, col quale veniva esteso il beneficio di un assegno speciale di caro-viveri ai maestri elementari, che era già stato accordato ai pensionati dello Stato con decreto del luglio precedente, anche questa volta il Ministero del tesoro dimentica una benemerita categoria di impiegati: i medici condotti in pensione. Mi risulta che l'Associazione nazionale dei medici condotti richiamò, or è poco, l'attenzione del Ministero del tesoro sullo stato economico dei medici condotti pensionati, stato economico di miseria dorata, in cui l'intimo disagio ama drappeggiarsi in dignitosa fierezza, forse imposta dall'altezza, dalla nobiltà della missione già esercitata. Ma è uno stato economico, onorevoli signori del Governo, onorevoli colleghi, veramente angoscioso ed irritante, tanto più angoscioso in quanto è invelenito

dal trattamento di eccezione, che ai medici condotti viene fatto in confronto di altre categorie di impiegati ugualmente benemeriti.

Ho qui una lettera di un medico condotto pensionato, che è un grido di rivolta contro questa ingiusta sperequazione.

«È possibile, egli scrive, che debba perpetuarsi l'onta della miserevolissima pensione corrisposta ai medici condotti, e per giunta anche l'ingiuria che soltanto ad essi non debba assegnarsi neppure un soldo di caro-viveri, che tutte le categorie di pensionati hanno ottenuto?».

Giova osservare che, tra le varie categorie di pensionati, i medici condotti percepiscono una delle pensioni più misere, perchè essi a sessant'anni di età e dopo 25 anni di servizio liquidano una pensione di 1119 lire all'anno, pari a poco più di 90 lire al mese.

Signori! È questa l'ora delle democrazie; è l'ora della valorizzazione degli esseri che lavorano e producono; è l'ora della esaltazione degli umili.

Ma nell'ora medesima in cui il Parlamento si preoccupa di migliorare le condizioni delle umili categorie sociali, non può dimentare il medico degli umili e dei poveri: il medico, che vide sfiorire la sua giovinezza e logorò l'età sua matura in *putridi borghi d'ogni luce muti,* orgoglioso dell'onesta miseria, perchè lieto di donare l'opera sua ai poveri, perchè consapevole di essere, non soltanto il medico curante dei mali fisici, ma anche l'amico, il consigliere della umile gente, la quale, anche quando non dà l'agiatezza al medico di campagna, gli dà infiniti tesori di viva, sentita, vibrante riconoscenza.

A questi veterani della condotta medica, ai veterani di una nobile Croce Rossa sociale, come Giovanni Pascoli la definiva, la quale combatte senza uccidere e dà ai sofferenti il maggior sollievo nelle ore angosciose della malattia e del dolore; a questi veterani la Camera italiana deve un'attestazione di sincera riconoscenza, la quale valga a rendere meno affannosa l'ultima ora della loro giornata.

Ho già presentato in proposito un emedamento all'articolo 1° del disegno di legge.

On. dott. Dore. — Le parole nobilissime pronunziate dal collega Evoli, mi dispensano dal dirne molte altre. Anch'io convengo con lui nel ritenere che questo disegno di legge, per quanto modesto, va accettato, perchè certamente porta un sollievo alle condizioni, in cui si dibattono i poveri pensionati.

Però mi dolgo, come s'è doluto il collega Evoli, che siansi dimenticati i sanitari comunali, escludendoli dai benefici di questo provvedimento.

So che anche i sanitari comunali vivono in mezzo a grandi strettezze, e non credo sia stato generoso nè giusto, nè opportuno, che il Governo li abbia dimenticati.

Pare anche a me che il Governo sia venuto meno ad un senso elementare di giustizia, dimenticando le sofferenze di persone che oggi sopportano tutte le maggiori privazioni, mentre per tutta la loro vita hanno servito i Comuni, lo Stato, la popolazione, con un alto sentimento di un dovere che è allo stesso tempo umanitario e civile.

Mi duole di non potere acconsentire alla proposta del collega Evoli, per un emendamento al disegno di legge, perchè questa proposta, rimandando il progetto al Senato, potrebbe ritardare il beneficio a coloro che lo attendono da tanto tempo.

Ad ogni modo, pur votando come è, incompleto e monco, il progetto, esprimo il desiderio che il Governo si decida finalmente a rammentarsi di questi nostri colleghi che lottano giornalmente con le prime elementarissime necessità di vita, ciò che è davvero umiliante; e presenti presto il progetto, tante volte promesso, di una riforma equa e decorosa per le loro pensioni.

Credo che il Governo non dovrebbe attendere che anche questi poveri vecchi, irritati e disillusi, vadano ad accrescere le falangi di coloro che ritengono efficace la imposizione, per il riconoscimento dei loro diritti, con la violenza e con la forza.

L'ho detto altre volte e mi duole di doverlo ridire anche oggi. È così: ma non dovrebbe essere!

Il Governo dovrebbe venire incontro a questi poveri colleghi con spontaneo senso di giustizia, rammentando che essi compirono e compiono sempre, come ha detto bene l'onorevole Evoli, una vera missione di civiltà presso tutte le popolazioni, e specialmente presso le popolazioni rurali.

On. dott. Brunelli. — Mi associo alle conclusioni del collega on. Evoli. Le cifre che egli ha citato sono per sè stesse eloquentissime. Io, medico condotto, sono un documento vivente di quanto egli ha detto. Mi associo dunque a lui ed osservo che l'unico modo di riparare all'omissione è quello da lui proposto. Il dubbio avanzato dall'onorevole Dore che possa essere ritardata l'approvazione del disegno di legge non mi pare abbia consistenza, poichè il Senato, non potendo disconoscere l'importanza dell'argomento, vorrà certo esaminare di nuovo, prima della chiusura dei suoi lavori, la legge emendata.

I servizi sanitari al Senato.

Il sen. Leonardo Bianchi ha svolto un'interpellanza al Presidente del Consiglio, ministro dell'Interno, «per conoscere se reputi opportuno coordinare ed intensificare alcuni servizi sanitari dello Stato, a fine d'imprimere un più forte impulso alla lotta contro la malaria, l'alcoolismo ed altre cause morbigene che fiaccano le energie fisiche e morali della Nazione». L'on. Corradini, sottosegretario all'Interno, rispose riconoscendo che la mortalità per malaria ha avuto una forte recrudescenza fino al 1917; ma assicurò che ora il miglioramento si è determinato in modo sensibile; dette assicurazioni sulla ripresa dei lavori di bonifica; rilevò che la Croce Rossa ha assunto il servizio sanitario permanente nelle zone malariche, ed enunciò i vari provvedimenti profilattici adottati in merito all'alcoolismo, disse che il numero degli spacci delle bevande alcooliche è diminuito di circa 45 mila e che altri provvedimenti il Governo va attuando con la restrizione delle ore concesse alla vendita.

Il sen. Placido ha fatto oggetto di un'interpellanza al ministro dell'Interno la mancanza di acqua a Napoli. L'on. Corradini ha accennato ai provvedimenti che il Governo ha adottato per ovviarvi, assicurando che sarà aumentato il prestito di 20 milioni accordato a quel Comune.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8623) *Polizza dei combattenti - Concorsi.* — Dott. abbonato 11916. — Per quanto concerne il rilascio della polizza dei combattenti deve rivolgersi al Distretto Militare da cui dipende per fatto di leva. Prendendo parte a più di un concorso contemporaneamente ben si può per lo esame dei documenti provvedere secondo il disposto dell'articolo 96 del vigente regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale.

(8625) *Aumento quadriennale.* — Dott. G. C. da R. — I medici condotti interini non possono usufruire degli aumenti periodici quadriennali.

(8626) *Indennità caro-viveri.* — Dott. M. S. da V. di P. — La liquidazione fattale dal Municipio è giusta. La indennità supplementare alla moglie fu concessa agli impiegati governativi col R. Decreto-Legge 3 giugno 1920, N. 737, il quale non è applicabile agli impiegati degli enti locali. Il Consiglio dei Ministri ha, però, nella sua ultima seduta approvato il testo di nuovo decreto con cui si concede agli impiegati suddetti un secondo caro-viveri e molto probabilmente in tale occasione sarà concessa l'indennità di Cent. 85 anche per la moglie.

(8627) *Bolli sulle fatture.* — Dott. abbon. 9081. — Le specifiche mediche non possono essere equiparate a fatture commerciali — sono, quindi, esenti da bollo.

(8629) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. F. da R. — A Lei non compete il caro-viveri non per le ragioni addotte, che non trovano riscontro nella legge, ma perchè viene in sostanza a prendere altre dodicimila lire annue di stipendio. Per gli stipendi superiori alle lire 10,000 si può ricevere la somma che rappresenta la differenza fra l'ammontare dello stipendio attuale e quello che sarebbe, aumentata dal caro-viveri. Esempio: Stipendio lire 10,500 — Stipendio di lire 10,000 aumentato del caro-viveri lire 11,200 — Caro-viveri spettante lire 700. — E pure per Lei: Stipendio 12,000, stipendio di lire 10,000 aumentato del caro-viveri, lire 11,200 — caro-viveri spettante nulla, perchè già la cifra che riscuote è superiore a lire 11,200.

(8630) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. C. da G. S. F. — Per effetto della disposizione contenuta nello articolo 5 del D. L. del 5 gennaio 1919 N. 18 a Lei compete la indennità mensile di lire 100 e non già quella di lire 65.

(8631) *Inscrizione Cassa di previdenza.* — Dottor D. P. M. da M. C. — L'ufficiale sanitario, di cui è parola nel quesito può inscriversi alla Cassa di previdenza. Il periodo utile per il conseguimento della pensione comincia a decorrere dal giorno della inscrizione. La retta annuale è di lire 132. Il servizio militare fatto da chi non ancora era inscritto alla cassa non è computabile per niente.

(8633) *Periodo di prova - Stabilità.* — Dott. abbonato 4963. — Nel periodo di prova utile per lo acquisto della stabilità va compreso il servizio prestato dal 10 dicembre 1919. Ella quindi, diverrà stabile col giorno 9 novembre 1921. Virtualmente stabile sarà col 9 agosto dello stesso anno.

(8634) *Nomina ad ufficiale sanitario provvisorio.* — Dott. G. P. da S. A. — Le nomine ad ufficiale sanitario si fanno a seguito di concorso, i di cui bandi si vanno già gradatamente pubblicando. Non sembra, quindi, opportuno togliere ora l'incarico provvisorio ad un professionista per darlo ad altri anche in via provvisoria, mentre si possono, invece, fare le debite premure perchè sia sollecitamente bandito il concorso e scissare la qualifica di ufficiale sanitario dall'altra di medico condotto.

(8636) *Concorso - Nomina fatta dal R. Commissario.* — Dott. V. V. da N. — Non è possibile che il Comune annulli una deliberazione di nomina adottata dal R. Commissario ed approvata dalla S. P. A. Tali deliberazioni sono pienamente legali ed il loro annullamento produrrebbe l'obbligo del risarcimento di danni verso la parte che sarebbe lesa. Ricorra al Prefetto della Provincia. Il Sindaco determina l'epoca delle vaccinazioni. Potrebbe il Sindaco incaricare altro sanitario di fare le vaccinazioni, ma la spesa non sarebbe ammissibile perchè l'obbligo di farle è proprio ed esclusivo del medico condotto.

(8637) *Indennità bicicletta - R. Mobile.* — Dottor G. T. da T. V. — Se la indennità bicicletta è prevista nel capitolato ha diritto di chiederla e di ottenerla, altrimenti la ritenuta di R. M. deve andare a carico dell'impiegato.

(8639) *Ufficiale sanitario.* — Dott. V. R. da A. — La nomina dell'ufficiale sanitario deve essere fatta a seguito di pubblico concorso in obbedienza al disposto del capoverso 3° dello articolo 18 della vigente legge sanitaria. Il diploma comprovante di aver fatto studii speciali e pratici di pubblica igiene è un titolo di preferenza a parità di merito fra i vari concorrenti, ma non è condizione indispensabile per essere ammessi al concorso. L'articolo 111 del Regolamento sanitario riguarda appunto gli incarichi provvisori senza esame per l'esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario. Si prenoti al manuale del Doctor Justitia, ove è svolto tutto quello che Le occorre conoscere per l'esercizio professionale.

(8640) *Periodo di prova - Interinato.* — Dott. A. G. da R. — Gli otto mesi di interinato, prestati dal 15 giugno 1919 al 15 febbraio 1920, sono computati nel periodo di prova necessario per l'acquisto della stabilità. Non può essere preso in considerazione il servizio interinale prestato in altro Comune, quantunque appartenente alla medesima provincia.

(8642) *Pensioni per i medici anziani.* — Dottor C. S. da B. — Ella si troverebbe in grado di profittare della legge sulle pensioni dei medici anziani pagando entro un periodo di cinque anni una somma che si aggira fra le 4 o le 5 mila lire. Dovrà, pertanto, rimanere iscritto pel termine minimo di cinque anni e liquiderà la pensione in base agli anni di età, che avrà all'atto del collocamento a riposo ed a 20 anni di servizio, formati da un quindicennio, che si riscatta

e del quinquennio posteriore alla data di inscrizione. La somma sarà di lire 996 annue.

(8643) *Concorsi - Fatali fissati nel bando.* — Dott. E. D. S. da C. — I termini fissati nel bando sono stabiliti a pena di nullità del concorso, altrimenti si danneggiano le aspettative ed i diritti degli altri concorrenti. Prima che scada il termine fissato, deve trovarsi in possesso di chi ha bandito il concorso non solo la domanda del concorrente ma bensì tutti i titoli ed i documenti che la corredano. Deve essere escluso dal concorso chi abbia prodotto la sola domanda riserbandosi di esibire la rimanente documentazione. Se ciò non fu fatto, il concorso è annullabile da parte del Consiglio comunale. Ciò che Le è stato riferito circa la portata del regolamento generale sanitario del 1906 non ha alcun fondamento. Il ricorso potrebbe essere prodotto per tale violazione di legge a S. M. il Re in linea straordinaria. Simili ricorsi debbono essere stesi su carta da bollo di lire 2, essere indirizzati al Ministero dell'Interno e notificati alla autorità che ha emesso il provvedimento ed a tutti gli interessati. Il termine è di giorni 180 dalla notifica. Il Decreto Reale potrebbe annullare la nomina, che fu fatta con violazione della legge del concorso, lasciando libero il Consiglio Comunale di nominare altri in sua vece, compreso parimenti nella graduatoria.

(8644) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da F. — Nessuna altra nuova indennità caro-viveri è stata finora concessa agli impiegati comunali.

(8646) *Variazioni nella condotta.* — Dott. E. L. da M. — Il Comune non può sopprimere una condotta nè entrare in consorzio con altri enti se non con l'approvazione del Consiglio Provinciale di Sanità e della Giunta Provinciale amminitrativa. Non vi è, pertanto, da temere abuso o rappresaglia da parte della amministrazione municipale. Se, però, la costituzione del consorzio avvenisse non si avrebbe diritto ad alcun indennizzo per la perdita del posto, in cui si è acquistata la stabilità, trattandosi di forza maggiore. Non è certamente vietato alla amministrazione di proibirle di fare servizio di scavalco nelle condotte vicine perchè era un atto di favore che Le si usava col permetterle di allontanarsi periodicamente dalla residenza.

(8647) *Aumento di stipendio - Pensioni.* — Dottor F. B. da S. G. I. — Se ha aderito alla Cassa di previdenza fin dalla sua fondazione, può ora contare su 26 anni di servizio utili. Se il posto di supplente è classificato in organico separatamente da quello del titolare e se in organico è portato un sol posto di condotta assegnato a due sanitari, dei quali l'uno sia destinato a supplire l'altro, non può dirsi che entrambi i sanitari sieno titolari e che, quindi, ad entrambi competa l'indennità di lire 60 annue recentemente accordata ai medici condotti della Giunta Provinciale amministrativa.

(8649) *Nomina a medico condotto di un Consigliere comunale.* — Dott. abbonato 12665. — Il Consigliere comunale che sia nominato medico condotto si deve dimettere quando ha ottenuto la nomina. Se non si dimettesse sarebbe colpito dalla decadenza dalla carica di Consigliere a mente del disposto dello articolo 287 della vigente legge comunale e provinciale.

(8650) *Indennità caro-viveri - Ricchezza mobile.* — Dott. A. B. da S. — Sulla indennità di caroviveri si paga la Ricchezza mobile. La sentenza di Cassazione da Lei citata riguarderà qualche caso speciale, che ignoriamo.

(8651) *Elenco dei poveri.* — Dott. A. D. C. da C. — Le modalità con cui deve essere redatto lo elenco dei poveri sono tracciate dagli articoli 17 e segg. del Regolamento generale sanitario in vigore. I criterii con i quali deve essere redatto l'elenco sono variabili e contingenti e non possono assumere carattere generale essendo il concetto di povertà, riferibilmente alla cura ed assistenza sanitaria gratuita, sommamente relativo. Non credesi, però, che possa in qualsiasi caso essere escluso dallo elenco dei poveri chi possiede solo dieci o dodicimila lire. Nel caso che nello elenco sieno incluse persone che non lo dovrebbero, in modo che resti di gran lunga accresciuto il servizio del medico condotto, si può chiedere un adeguato aumento di stipendio anche di ufficio alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 della vigente legge sanitaria.

(8653) *Aspettativa.* — Dott. N. S. da C. — In mancanza di tassativa disposizione del capitolato, l'aspettativa deve esserle concessa dal Consiglio Comunale, che ne fisserà anche la durata, che può esere da un mese a due anni. Se l'aspettativa è chiesta per ragione di famiglia non si ha diritto a stipendio od a parte di esso; se, invece, è chiesta per infermità, si ha diritto da un terzo alla metà dello stipendio a seconda che siasi servito per meno o più di dieci anni. L'indennità caro-viveri è corrisposta per intero agli impiegati in aspettativa per infermità.

(8654) *Congedo.* — Dott. C. V. da B. di R. — Avendo assunto servizio il 16 agosto come titolare della condotta, la Giunta Municipale ben può concederle la chiesta licenza di giorni 10. Ella, infatti, ha già servito per quattro mesi e mezzo e può ottenere almeno un terzo della licenza che si concede per legge a coloro che servano per un intero anno.

(8655) *Ricorso alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato.* — Dott. G. F. da S. S. — Il ricorso alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato va redatto in carta da bollo e deve essere sottoscritto da un avvocato inscritto nell'albo della Corte di Cassazione di Roma. Deve essere notificato alle parti interessate, cioè, alla autorità che ha emesso il provvedimento ed alla persona che può esservi interessata. Dopo le notifiche l'originale ricorso con i documenti a corredo si deposita nella Segreteria della 4ª Sezione. Come ben vede, per espletare la procedura del ricorso occorre l'assistenza di un avvocato residente in Roma. Non occorre l'indirizzo preciso della 4ª Sezione, bastando che la corrispondenza sia indirizzata: al Consiglio di Stato (4ª Sezione) Roma.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

AGUGLIARO (*Vicenza*). — Condotta; L. 5000 indennità residenza, L. 1000 pei poveri, L. 400 quale uff. san., L. 600 spese di trasporto; assicurazione (L. 15 al giorno per invalid. temporanea, L. 30.000 per invalid. permanente o morte). Scad. 15 feb.

CAMPAGNA LUPIA (*Venezia*). — A tutto 15 febbraio; stipendio L. 6000; indennità malaria L. 800; indennità trasporto L. 1800; indennità uffi. san. L. 400; civile alloggio a prezzo conveniente; doppia indennità caro-viveri.

ESINO (*Brescia*). — Consorzio con Berzo; L. 6000 fino a 1500 pov.; L. 2000 per cavalc. Scad. 15 feb.

ISOLA S. ANTONIO (*Alessandria*). — Condotto per i poveri (in numero di 500 circa) secondo il nuovo capitolato in corso di approvazione: complessive L. 4700, oltre a L. 500 indennità di cavalcatura; L. 1200 indennità caro-viveri, e comodo alloggio. Tre quinquenni del decimo sullo stipendio iniziale e L. 3 per ogni povero in più dell'elenco oltre il 3 % della popolazione complessiva. Scade il 16 febbraio.

OPPEANO (*Verona*). — Condotta; L. 7000 per i poveri; L. 1800 indenn. cavalc., L. 400 quale uff. san. Scad. 15 feb.

PERUGIA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario, capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Perugia; L. 8000, doppia indennità caro-viveri, cinque sessenni del decimo. Concorso per titoli ed esami. Scade 25 febbraio. Biennio di prova. Servizio entro 30 giorni. Chiedere annunzio.

PORANO (*Perugia*). — Al 28 febbr. condotta; lire 6000 lorde per 1000 poveri; L. 2 per ogni povero in più; doppio caro-viveri; L. 1000 se meno dei 300 abbienti; L. 500 per mezzo di trasp.; L. 200 (*sic*) per uff.; assicuraz. Servizio entro 15 giorni.

ROMA. *Cassa Nazionale d'Assicurazione per gl'Infortuni sul lavoro*. — Concorso a capo del servizio medico presso la Sede Centrale. Titoli che dimostrino la preparazione in infortunistica e nell'organizzazione del servizio medico presso altri Istituti o Amministrazioni.

Non v'è limite d'età.

Stipendio L. 13,000-15,000, secondo la classe a cui il funzionario verrà assegnato; dopo un anno di prova aumento a L. 14.200-16.000; indenn. caro-viveri soggetta a revisione trimestrale; doppio stipendio al 20 dicembre; al netto di R. M. e C. P.; stipendio massimo L. 20.000.

Per l'avviso di concorso, le attribuzioni e qualsiasi chiarimento rivolgersi alla Direzione Generale, Piazza Cavour, 3 - Roma.

ROMA. *Croce Rossa Italiana*. — Concorso a Direttore del Sanatorio « Eremo di Lanzo Torinese ». Il concorso è per titoli. I candidati dovranno dimostrare la propria competenza specifica sanatoriale e le proprie attitudini amministrative. A parità di condizioni saranno preferiti i candidati che abbiano già diretto Istituti ospedalieri antitubercolari. La Commissione sceglierà tra i concorrenti una terna nella quale la Presidenza della Croce Rossa nominerà il Direttore. Nomina per cinque anni; nell'ultimo semestre del quinquennio può essere riconfermata per il quinquennio successivo. Stipendio complessivo di L. 15.000 nette. Ogni riconferma per il successivo quinquennio dà diritto ad un aumento per L. 2000; rimane escluso qualsiasi altro compenso od indennità, tranne che per incarichi speciali, estranei al servizio ordinario. Il Direttore deve impegnarsi di non esercitare la professione privatamente, nè fuori nè dentro del Sanatorio. Diritto all'alloggio nel Sanatorio e a prelevare a prezzo di costo dal servizio di cucina i generi occorrenti per il vitto proprio e della famiglia convivente a suo carico. Domande e documenti (compreso lo stato di famiglia) saranno inviati (insieme con l'elenco dei titoli costituenti il *Curriculum vitae* e le pubblicazioni in numero di sei copie) al Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, Ufficio II, via Toscana, 10, non più tardi del 31 marzo.

Non sarà tenuto conto delle domande che perverranno al Comitato Centrale della C. R. I. dopo il giorno stabilito, anche se presentate in tempo utile agli Uffici postali o ferroviari, nè dei lavori non pubblicati per le stampe; non saranno neppure accettate, dopo il giorno stesso, nuove pubblicazioni o parte di esse e qualsiasi altro documento.

L'eletto dovrà dichiarare l'accettazione entro 10 giorni dalla nomina, ed assumere l'ufficio entro un mese.

ROMA. *Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali Riuniti*. — L'Amministrazione ha bandito un concorso per tre posti di aiuto radiologo.

A detto concorso potranno partecipare solamente i sanitari che abbiano compiuto il servizio di assistente medico-chirurgo negli Ospedali di Roma.

Il termine utile per la presentazione delle domande è fissato per le ore 12 del 1° marzo.

Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale del Pio Istituto in Borgo S. Spirito, n. 3.

SCLAFANI (*Palermo*). — Condotta; L. 4500 lorde, cinque quinquennî del decimo; L. 3 per ogni povero oltre i 500 e L. 5 oltre i 1000. Due anni di laurea al 15 gennaio. Armadio farmaceutico. Scade 15 febbraio

TAVARNELLE VAL DI PESA (*Firenze*). — Consorzio con Barberino Val d'Elsa; a tutto 20 feb.; L. 6000 lorde e sei trienni del decimo, L. 2000 per cavalc., caro-viveri. Chiedere annunzio.

TEGLIO (*Sondrio*). — Due condotte a L. 5250 lorde, elevabili a 6000 dopo il biennio di prova, per 1000 poveri; L. 2000 indennità trasferta e L. 2000 per cavalc.; caro-viv. Scad. ore 17 del 20 feb. Chiedere annunzio.

TRAREGO (*Novara*). — Cercasi subito medico per Consorzio con Viggiona; condotta residenziale: lire 4000; per ufficiale sanitario L. 500; indennità alloggio L. 500. Presentare domanda al Sindaco; assunzione servizio, primo marzo.

Supplenze medico-chirurgiche accettansi da 5 giorni a un mese. Scrivere dott. R., via Gaeta, 2-F, int. 3, *Roma.*

Giovane medico ventisettenne, cerca condotta medica, anche per un anno. Laurea conseguita nel 919. Per informazioni scrivere al dott. Pellicano, Civita (Cosenza).

Diffide.

Il concorso alla Condotta Consorziale di Cenate Sotto (Bergamo), annunziato nel fasc. 3°, è diffidato dalla Sezione di Bergamo dei Medici condotti, come tutti i concorsi della provincia (eccetto Martinengo).

È diffidata la condotta di Palazzolo della Stella (Udine) per insufficiente indennità mezzo di trasporto.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grandi Ufficiali: prof. Gaetano Zappelli, Napoli; sen. Vincenzo Bianchi, Napoli.

Commendatori: prof. Vincenzo Montesano, Roma; prof. Giuseppe Palazzo, Sulmona; dott. Achille Rebessi, Roma.

Ufficiale: dott. Giuseppe Novelli, Schio.

Cavalieri: dott. Giuseppe Zingales, Roma; dottor Giovanni Malacrida, Milano.

Il cav. dott. Paolo Brigida, medico provinciale, è trasferito da Avellino a Napoli; il dott. Enrico Calamida, medico prov. aggiunto, da Catania a Palermo; il dott. Giuseppe De Lillo, id., da Palermo a Catania; il dott. cav. Vincenzo Cavacini, id., destinato a Campobasso; il dottore Nicola Tecce, id., da Campobasso ad Ascoli Piceno.

Col 1° gennaio hanno preso servizio nell'Ospedale di S. Giovanni e della Città di Torino, i nuovi assistenti nominati in seguito a concorso: dottori Berutti e Caffratti per le sezioni mediche, Bedarida, Odasso e Trabucco per le sezioni chirurgiche.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE.

La baraonda postale.

La negligenza, l'incuria, il sabotaggio sistematico e criminoso dei servizi postali hanno raggiunto e superato tutti i limiti del tollerabile.

Non passa giorno che non fiocchino nei nostri uffici lamentele e proteste degli abbonati: la consegna del giornale avviene con ritardi e irregolarità appena concepibili, molti fascicoli non giungono a destinazione, intere partite vanno disperse, probabilmente perchè lo zelo non desiderato di qualche agente le destina al mácero ora che la carta è così rara e ricercata... Sovratutto nelle provincie di Napoli, Palermo e delle Calabrie imperversa il più deplorevole disservizio. La nostra Amministrazione si è data cura di sorvegliare le spedizioni, di rinnovare e documentare i reclami agli uffici dirigenti, di sostituire le fasce con involucri larghi e resistenti per impedire che si lacerassero, ecc. ecc.; ma tutto è risultato inutile.

I danni che noi ne risentiamo sono ingenti; tra l'altro, dobbiamo tener alta la tiratura dei fascicoli, per sopperire i disguidi colposi e le soppressioni delittuose; d'altra parte molti medici, indignati e disgustati, s'inducono a rinunziare all'abbonamento.

Mentre il favore dei lettori cresce, mentre riusciamo a vincere difficoltà d'ogni genere, la posta ci taglia la via. Il nostro alacre lavoro viene ad essere frustrato e distrutto.

Pur troppo siamo quasi disarmati; tuttavia non abbiamo rinunziato al proposito di nuovi tentativi presso le autorità dirigenti, perchè provvedano ad attenuare il disastroso disservizio. Intanto preghiamo gli abbonati di volersi disturbare ad inoltrarci tutte le loro giustificate lagnanze e i loro reclami, preferibilmente brevi ma circostanziati, che intendiamo raccogliere e presentare a S. E. l'on. Pasqualino Vassallo, per rafforzare le nostre proteste e per appoggiare il nostro invito a rendere meno caotico uno dei più importanti e gelosi pubblici servizi.

***

A riprova di quanto sopra abbiamo detto, riportiamo un saggio delle proteste che di continuo ci pervengono, le ultime in ordine di data, tutt'e tre da Napoli, avvertendo che di simili ne abbiamo un fascio.

Il dott. Clemente Romano, via Nuova Monteoliveto, 14, scrive in data 25 gennaio:

« Dopo lunga inutile attesa, mi preme farle conoscere che non ancora ho ricevuto il n. 12 (dicembre) della Sezione Chirurgica del « Policlinico », e che della Sezione Pratica di quest'anno ho ricevuto il n. 1 del 3 corr. m., e ieri il n. 4 del 24 corr. m.; mentre non mi sono ancora pervenuti i nn. 2 e 3 del 10 e 17 gennaio.

Di questo disservizio postale, gli impiegati della Posta di Napoli si dichiarano irresponsabili, dicendo che se questi fascicoli fossero arrivati a Napoli, mi sarebbero stati consegnati.

Nell'attesa quindi che Lei si compiaccia spedirmi i fascicoli suddetti, che mi mancano, La ringrazio in anticipazione e La ossequio ».

Il dott. Raffaele Leonessa (via Grande Archivio, 8) scrive in data 23 gennaio:

«Ieri, dopo 40 giorni d'interruzione, ricevei il terzo fascicolo di questo nuovo anno, giacchè l'ultimo ricevuto fu il fascicolo 50 del 13 dicembre 1920.

Credevo che per non aver spedito la quota integrativa del 1920 mi era stato disdetto l'abbonamento. Ma dal momento che ciò non è stato non so spiegarmi il perchè di questi sbalzi d'interruzione del periodico per 40 giorni! Se devo accettare l'abbonamento di quest'anno dovrei avere i numeri precedenti e quelli che mi mancano del 1920 perchè non pervenuti e cioè: 11-23-24-35-38-40-42-44-45-49 ed i successivi al 50».

Il dott. Tommaso Colavincenzo (Rettifilo, 22) scrive in data 25 gennaio:

«Come già ebbi a manifestarle in precedenza, non intendo pel nuovo anno in corso rimanere abbonato al «Policlinico» che arriva quando gli pare... Ieri appunto, dopo 24 giorni, ho avuto il n. 4, mentre credevo di non aver più alcun rapporto con codesta Amministrazione.

Poichè non si riesce ad evitare l'arrivo saltuario del Giornale, a me non resta, con gran rincrescimento, che rinunziare definitivamente all'abbonamento».

L'AMMINISTRAZIONE.

NOTIZIE DIVERSE.

Il grave problema degl'Istituti universitari di Roma.

A proposito del vibrato ordine del giorno della Facoltà medica di Roma da noi pubblicato nello scorso fascicolo, un comunicato ufficioso rileva che dal 1907 al 1914 furono destinati 10 milioni e mezzo per i nuovi edifici universitari di Roma.

I lavori però ristagnavano. Nell'intento di sollecitare l'assetto degli Istituti della Facoltà medica, il Ministero dell'Istruzione nel 1918 assegnò 8 milioni di lire ai lavori stessi ed altri 5 milioni e 500.000 lire ottenne nel 1920. Purtroppo l'enorme rincaro nelle forniture e nella mano d'opera, oltrechè le stesse difficoltà di procurarsi determinati materiali, sono state causa di nuovi intralci. In base, però, alla previsione dei tecnici il Ministero dell'Istruzione si è già fatto sollecito di richiedere al Tesoro gli ulteriori stanziamenti bisognevoli e, se essi saranno accordati, i lavori avranno rapido impulso e compimento.

Un commento della «Tribuna» del 25 gennaio rileva che le attuali crescenti esigenze d'indole economica debbono imputarsi, almeno in gran parte, al deplorevole torpore con cui sono stati condotti i lavori.

Lo stesso giornale pubblica una protesta di medici chirurghi e veterinari, convenuti a Roma da ogni parte d'Italia per frequentare il corso di perfezionamento in Igiene. Essi deplorano che i locali dell'Istituto d'Igiene siano assolutamente inadatti ed insufficienti. Aggiungono che la questione dello spazio insufficiente è aggravata e complicata da molte altre deficienze: basti dire che a disposizione dei 115 allievi iscritti non vi sono che 12 microscopi e non tutti in buono stato.

In un'intervista concessa alla «Tribuna» dal direttore dell'Istituto, sen. Sanarelli, questi ha confermato che il corso non può essere svolto seriamente ed efficacemente. I locali sono insufficienti, i mezzi di lavoro irrisori, il personale inserviente scarso. Degli attuali cinque posti di assistente di questo Istituto, ne verranno soppressi due; e corre ora la notizia che il Ministero della P. I., contro il parere dello stesso Consiglio superiore, minacci di sopprimere persino l'insegnamento della batteriologia!

Quanto ai nuovi edifizi, secondo l'on. Sanarelli, se il Ministero della P. I. non semplifica i suoi ingranaggi, affidando alla responsabilità di un solo ufficio autonomo e competente tutto quanto concerne la complessa questione e, dal canto suo, il Ministero del Tesoro non accorda subito i fondi assolutamente necessari, i lavori ristagneranno ancora a lungo!

Fra non molti anni, il Paese si accorgerà della irreparabile decadenza che questo stato di incuria avrà preparato anche al suo avvenire economico e alla sua posizione intellettuale e morale nel mondo!

In onore di Gustavo Ador.

Il presidente della Croce Rossa Italiana, senatore Ciraolo, ha offerto un pranzo in onore del signor Gustavo Ador, ex-presidente della Confederazione svizzera e presidente del Comitato Internazionale delle Croci Rosse, ospite di Roma.

V'intervennero il conte Sforza, ministro degli esteri; il generale Diaz; il senatore Rava, sindaco di Roma; il signor Wagniere George, ministro della Confederazione Elvetica a Roma; il sen. Frascara; il sen. Marchiafava; il prof. Neuschüler, assessore per l'igiene del Comune di Roma; il signor De Sonnenberg, consigliere della Legazione di Svizzera; il prof. Baduel, direttore generale della C. R. I.; il conte Vinci, delegato generale della C. R. I. presso il Comitato internazionale delle C. R.

Parlarono il sen. Ciraolo, il sig. Ador, il conte Sforza, esprimendo la cordialità dei rapporti italo-svizzeri.

Il sig. Ador si è recato anche a fare una visita di omaggio al magistrato della città, al Campidoglio.

L'inaugurazione del Sanatorio antimalarico di Roma.

Il 23 corrente furono tributate al sen. Marchiafava solenni onoranze dal Comune di Roma, col concorso di numerosi ammiratori ed allievi. Venne inaugurato l'Asilo Antimalarico Comunale dedicato all'illustre scienziato. Alla cerimonia intervenne S. M. la Regina Elena accompagnata dai Conti Bruschi Falgari, il presidente del Senato on. Tittoni, il sindaco di Roma on. Rava, l'assessore prof. Neuschüler, il prefetto Zoccoletti, il Direttore Generale della Sanità Lutrario, il presidente della Croce Rossa sen. Ciraolo, il Direttore Generale dell'Ufficio d'Igiene prof. Gualdi, ecc. ecc.

Nella scuola dell'Asilo l'assessore Neuschüler presentò una pergamena al prof. Marchiafava; egli spiegò l'ammirazione che il Comune gli doveva per la pratica idea di allontanare, curare ed educare i piccoli malarici dell'Agro Romano.

Il dott. Lusignoli dimostrò l'alto disegno del Marchiafava e quale sia stato in poco tempo il lavoro compiuto. L'on. Rava illustrò il beneficio che

il Comune ha esplicato e deve esplicare nella parte più fragile dell'umanità.

Con commosso ringraziamento Ettore Marchiafava rispose agli illustri amici, facendo una rapida rivista attraverso i secoli, del flagello non ancora vinto. Egli che da tanti anni combatte la malaria coll'esempio e con profondi studi e ricerche e con l'azione, sì nel Comune che negli alti Consessi, si disse riconoscente a tutt'i Colleghi che con Lui han lavorato e raccomandò che non solo il Sanatorio, ma tutta la lotta antimalarica sia continuata intensamente.

Sotto il vicino porticato quindi venne scoperta una lapide, dettata da Francesco D'Ovidio, scolpita finemente; essa reca la seguente scritta:

«Questo Sanatorio pei fanciulli dell'Agro Romano — dall'antico flagello della malaria percossi ed affranti — ideò con amorevole sapienza — Ettore Marchiafava — e dal nome di Lui — che così alto suona nella scienza medica — e così dolce nelle opere di carità — lo volle — il Comune di Roma consacrare — il XXIII gennaio MCMXXI».

All'Istituto "Emilio Maraini".

La Duchessa d'Aosta e Mr. Ador, presidente del Comitato internazionale delle Croci Rosse, si sono recati a visitare l'Istituto «Emilio Maraini», che la Croce Rossa Italiana ha fondato a Fara Sabina per bambini predisposti alla tubercolosi.

Si sono trattenuti a lungo nell'Istituto, visitando tutte le sale, ed espressero la loro ammirazione per la perfetta tenuta dei locali e per le magnifiche condizioni di salute dei bambini, i quali sono tutti figli di tubercolosi o vissero in ambienti infettati da tubercolosi.

Il dispensario di latte in polvere "Dryco".

Da più di un anno funziona in Roma, nella «Casa della Vignola» alla Passeggiata Archeologica, un dispensario di latte in polvere per bambini lattanti. Questo latte, che va col nome di «Dryco», viene inviato in grande quantità in Italia da un Comitato americano presieduto dalla signora Dula Drake di New York. Il latte è spedito gratuitamente ed è stato distribuito a numerosissimi Istituti per bambini in varie città d'Italia. In un periodo di circa 3 anni sono stati mandati parecchi quintali di questo latte per un valore di circa 10 milioni di lire. I bambini lattanti che frequentano il dispensario della Vignola in Roma sono più di 1200 ed i risultati sono veramente buoni.

Dirige il dispensario il dott. Mario Flamini, il quale ha potuto così avere una lunga esperienza di questo latte nella alimentazione infantile, specialmente di lattanti.

Fino ad ora il Dryco si è distribuito gratuitamente ai bambini poveri d'Italia, ma ora è stata permessa anche l'importazione di una certa quantità di questo latte per la vendita.

Ospedale italiano ad Aleppo.

Ad Aleppo (città della Siria di circa 300,000 abitanti), per cura dell'Associazione Nazionale Italiana per la protezione dei missionari italiani all'estero e coll'assistenza delle suore del Cottolengo di Torino, è stato aperto e funziona un piccolo ospedale chirurgico, con annesso ambulatorio.

Il piccolo istituto, che col tempo si spera di ampliare, ha preso rapido sviluppo. È aperto solo dal mese di settembre 1920. Ad esso accorrono numerosi gli ammalati.

È stato incaricato di impiantare e di dirigere il nuovo ospedale il dott. Giov. Battista Reynaudi, già aiuto di chirurgia nell'Ospedale di S. Giovanni in Torino, un valente professionista.

Per un ospedale a Carpi.

L'Ente autonomo dei consumi di Carpi ha elargito 200.000 lire alla Congregazione di carità, come fondo per la costruzione di un ospedale. La cospicua somma rappresenta la metà degli utili di bilancio ricavati dall'esercizio.

Corso di perfezionamento in oculistica.

Presso la Facoltà di Medicina di Parigi, nella Clinica oftalmologica dell'Hôtel Dieu, il prof. F. de Lapersonne, assistito dai professori aggregati Terrien e Guilleminot, dal dott. Hautant, otorinologo degli ospedali, e dai dottori Velter, Prelat e Monbrun, capi di clinica e di laboratorio, inizierà il 10 maggio 1921 un corso di perfezionamento, con esami clinici, lavori pratici di medicina operatoria e manipolazioni di laboratorio. Le lezioni e gli esercizi pratici avranno luogo tutti i giorni, sino alla fine del mese di giugno. Un certificato speciale della Facoltà verrà rilasciato alla fine del corso.

I medici che desiderano seguire il corso debbono farsi inscrivere alla Segreteria della Facoltà. Il numero degli uditori è limitato a 40. La tassa è fissata in 150 franchi.

Congresso francese di medicina interna.

È indetto a Strasburgo per il mese di settembre 1921, sotto la presidenza del prof. Bard. I temi scelti per le relazioni sono: «Adattamenti anatomici e funzionali del cuore alle condizioni patologiche della circolazione»; «Sulle glicemie»; «L'anti-anafilassi».

Congresso d'igiene scolastica in Francia.

Nel prossimo aprile avrà luogo a Parigi un Congresso per l'igiene scolastica dei medici di lingua francese; il Congresso verrà presieduto dal dott. Méry, professore alla Facoltà di Medicina e membro all'Accademia; come vice-presidente è stato designato il dott. Dufestel; come segretari generali i dottori Genevrier e Mathé.

Per le Industrie sanitarie italiane.

Il Comitato Esecutivo del *Primo Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie* (Milano 1920), riunitosi il 3 gennaio u. s. sotto la presidenza del prof. A. Bertazzoli, e presenziando anche il prof. Valenti della Università di Parma, ha stabilito, dopo ampia discussione, quanto segue:

I) Che sia accolta la proposta cortesemente espressa, per il tramite del Cav. Scarpellini, dal Comitato Generale della Fiera Campionaria di Milano, e cioè che sia formata ancora, come lo

scorso anno, una sezione Industrie Sanitarie, alla quale debbano inscriversi tutte le ditte le quali intendano partecipare alla fiera, e che tale sezione sia alla diretta dipendenza e sotto la responsabilità completa dello stesso Comitato Esecutivo dello scorso anno, che attuò anche il primo Congresso Nazionale.

II) Che venga dato tutto il possibile appoggio alla organizzazione, affidata al prof. Valenti, del II Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie, che avrà luogo a Parma nella prima quindicina del prossimo giugno, mentre si accoglie con plauso unanime la idea dello stesso prof. Valenti di attuare contemporaneamente una mostra, prima in Italia, di Piante Medicinali, di Oggetti, anche accessori, per Farmacia (ed eventualmente anche Macchinarii), nonchè nei limiti del possibile, Prodotti Elaborati, Specialità, ecc.

III) Si prende atto con vivo compiacimento che la Federazione *Pro Montibus*, avuta notizia dei concetti del prof. Valenti in rapporto alle Mostre di Parma, ha non solo approvato ampiamente tali concetti, ma ha promesso altresì tutto il suo appoggio morale ed anche un contributo finanziario, e si rinnova al prof. Valenti pieno mandato di fiducia perchè effettui tutto ciò che crede necessario per una rapida organizzazione, anche assumendo apposito personale, ecc.

IV) Per quanto riguarda il lavoro da svolgersi in Milano, esso viene suddiviso, assegnandosi ad una Commissione (presieduta dal cav. Scarpellini, e della quale, oltre al Chimico Industriale sig. Cabbiani, faranno parte due nuovi membri del Comitato Esecutivo, Dott. Cav. Cassia, e Dott. G. Lombardi) tutto ciò che riguarda la partecipazione alla Fiera Campionaria; ad altra Commissione (presieduta dal dott. cav. E. Villa, col dott. cav. C. Inverni e Chimico industriale signor Nardi) assegnandosi l'incarico della propaganda e dei rapporti con la stampa in generale; e restando organo centrale la Presidenza, costituita dal Prof. A. Bertazzoli (Presidente anche della «Commissione Permanente», a larga base, eletta dal Congresso), prof. P. Piccinini Segretario Gen., Dott. A. Rivolta Segret. amministrativo, Cav. E. Frigerio cassiere, e gli altri membri del Comitato (Dott. G. Zanoni, Chimico-industriale sig. Wassermann, ecc.).

V) Si stabilisce che sarà convocata al più presto la Commissione Permanente, i componenti della quale risultano dagli Atti del I Congresso (salvo qualche rinuncia avutasi e in contrapposto qualche nuova designazione) e che sarà al più presto inviato a tutti gli interessati il volume di tali Atti, di cui la tipografia sta per consegnare le prime copie.

Medicinali e nazionalismo.

Mentre noi vediamo le nostre farmacie piene di ogni sorta di acque minerali e di medicinali esteri, e ci arrivano continuamente dall'estero le *réclames* più suggestive e variopinte, gli stranieri ci chiudono allegramente le porte in faccia. In Francia vi sono attualmente severi regolamenti che impediscono l'entrata a qualsiasi medicinale straniero. Non solo, ma l'Accademia francese di Medicina ha vietato l'entrata dell'acqua Fiuggi in Francia perchè dalla composizione di essa non si possono desumere le sue proprietà terapeutiche. L'esperienza secolare dei medici italiani non vale nulla davanti alla scienza ufficiale dell'*Académie!*

Non sarebbe male che i medici italiani tenessero presente tutto ciò per non essere troppo corrivi a prescrivere quanto si presenta con etichetta straniera.

Gli scioperi ed i servizi di assistenza medica.

Il «Corriere della Sera» del 18 gennaio u. s. reca:

Lo sciopero dei dipendenti municipali di Torino ha colpito anche alcuni servizî di assistenza medica: sono sospesi i trasporti dei colpiti da malattie infettive e dei morti; sono abbandonate nei *garages* le automobili che servivano ai medici di guardia per i servizî d'urgenza. Per lo sciopero del personale del Dispensario lattanti, di cui è direttore l'on. Casalini, vengono a soffrire centinaia di bambini poveri. Il vice-direttore dott. Gasca, in una lettera ai giornali, dichiara di deplorare lo sciopero come medico, ma di approvarlo come socialista.

Il fatto avrà forse un seguito all'Ordine dei medici.

Spedizione scientifica nell'Asia Centrale.

Sotto gli auspicî del Museo americano di storia naturale e di altri Enti, si è organizzata negli Stati Uniti una spedizione scientifica nell'Asia Centrale, allo scopo di compiere degli studi di antropologia, archeologia, zoologia, botanica, geografia medica, ecc., nelle regioni meno esplorate del Turchestan, del Tibet e della Mongolia. La spedizione sarà diretta dal dott. Roy C. Andrews.

L'Istituto del Radium di New York.

il quale ha sede nella West Seventieth Street, 205 (New York City), ha ora acquistato cinquecento milligrammi di radium, destinati a rifornire un nuovo reparto dell'Istituto.

Il vaiolo a Chicago.

Una piccola epidemia di vaiolo si è prodotta a Chicago, in seguito, pare, alla diagnosi erronea di un caso, scambiato dal medico curante con la varicella. Fino al 31 dicembre erano segnalati fra tutto 116 casi.

Le condizioni dei bambini in Germania.

Il «Vorwärts» rileva le tristissime condizioni dei bambini della Germania, sovratutto nelle regioni montuose: senza alimenti, senza abiti, senza scarpe, costretti a restare entro le proprie case per tutta la stagione fredda, soggetti ad alta morbosità e mortalità, destano vivo accoramento e profonda preoccupazione per l'avvenire del Paese. Da un'inchiesta condotta dal giornale risulta l'enorme percentuale dei denutriti.

Il prof. E. Steinach.

Il dott. E. Steinach, professore di fisiologia nella Università di Vienna, è stato invitato presso l'Università di Stoccolma, dove egli intende continuare attivamente le sue ricerche, comprese quelle sulla glandola «della pubertà». Lo Steinach conquistò una posizione notevole nel mondo scientifico con i suoi studi sulla sommazione degli stimoli singolarmente inefficaci; essi furono pubblicati nel 1908. Conta ora 58 anni.

Azioni giudiziarie contro medici.

A Nîmes si svolto un processo contro un medico, accusato di aver fatto morire due malati di febbre tifoide. A Parigi si è svolto un altro processo contro un chirurgo dell'Ospedale Ténon, accusato di aver praticato un'operazione inutile.

La Giustizia ha prosciolto i due sanitari dalle accuse.

Una medichessa ottuagenaria.

Vive tuttora a Parigi la prima donna che abbia preso la laurea in medicina, la dottoressa Maddalena Brès, che ha esercitato per mezzo secolo la sua professione come un apostolato. Figlia di un carrettiere di Nîmes e moglie di un conduttore d'omnibus, riuscì a prendere a 28 anni, fra le cure della maternità, il baccalaureato, che le permise di inscriversi ai corsi di medicina: vi fu però bisogno di una speciale autorizzazione ottenuta con l'intervento della imperatrice Eugenia, poichè le aule universitarie erano allora precluse alle donne. Svolse la sua tesi di laurea sulla mammella e l'allattamento e si specializzò nelle malattie infantili, raggiungendo una certa fama. Sopravvenutale poi la cecità, ella fu ridotta nella miseria, in cui tuttora si dibatte!

Vittima dei raggi X.

In seguito ad una debilitazione progressiva prodotta dalle numerose operazioni chirurgiche che si erano dovute praticare per tentare di impedire la progressione di radiodermiti ribelli, è morto il prof. Charles Infroit, capo del Laboratorio Radiologico Centrale di Parigi (alla Salpêtrière).

Le operazioni eseguite si annoverano ad una ventina; tra l'altro il prof. Infroit si era dovuto sottoporre all'amputazione del braccio destro e della mano sinistra al polso.

Aveva 46 anni.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 14 Febbraio 1921 — Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MAGGIORE DI BERGAMO
SERVIZIO DEL PRIMARIO DOTT. LUSSANA.

Dall'edema sottocutaneo nella pleurite siero-fibrinosa.

Storia clinica e commenti.

Dottori FELICE LUSSANA e PROSPERO ARRIGONI.

Quando si presenti un ammalato che ai segni di un versamento pleurico, unilaterale o bilaterale, unisce l'edema sottocutaneo alla base posteriore del torace, è difficile che il medico tenda al diagnostico di semplice pleurite siero-fibrinosa non purulenta.

Tuttavia il caso, per quanto raro (di edema limitato al dorso per semplice pleurite non purulenta) può verificarsi, e crediamo di poterne presentare un esempio che non può lasciare dubbiezze. Non ci sembra sia il caso di dilungarsi ad illustrare la importanza che può avere, in pratica, una tale sintomatologia, e perciò ci pare sia giustificato renderlo di pubblica ragione, ed aggiungere i commenti che quel caso ne ha indotti a fare.

L'edema sottocutaneo, sintomatico di pleurite semplice, non deve essere molto comune se un profondo conoscitore della semeiotica degli organi respiratorii come il Fraentzel, poteva ancora dubitare della sua esistenza nel 1880 (in Ziemssen: *Trattato di Patologia medica speciale,* vol. IV, pag. 340 e 341), quando cioè egli interpretava gli edemi sottocutanei nella pleurite (1) o come *cachetici* (per lunga

(1) Fraentzel desume da Piorry (pag. 85, *Percussion médiate*) che Valentin abbia per primo, circa l'anno 1828, rilevato l'edema sottocutaneo nella pleurite *non purulenta.* In

durata della pleurite) o come *sintomatici di essudati purulenti* (o che stavano per farsi purulenti).

Ma anche più presso a noi pare che tale sintoma da semplice pleurite sia stato poco osservato, o male interpretato, o poco noto, se molti testi fra i più comuni di Patologia Medica non ne fanno parola, o ne danno interpretazione quasi analoga a quella del Fraentzel. Non si saprebbe infatti altrimenti spiegare come un testo come quello dell'Ebstein, per esempio, nell'articolo *Malattie della pleura e del mediastino* (Unverright) non ne faccia nemmeno cenno quando vi si parla della palpazione del torace nella pleurite (1).

E come, per citare altro ragguardevole trattato relativamente recente, il Trattato di medicina pubblicato dai medici degli ospedali di Parigi Enriques, Laffitte, Bergé e Lamy (2) trovisi scritto: «*nel caso di grandi versamenti si può vedere, eccezionalmente, edema del petto dal lato ammalato. Questo sintomo è sopratutto frequente e accentuato nelle pleuriti purulente. Esso è dovuto*, ecc.».

E per citare altri, forse più deciso nella affermazione di possibile edema in *pleuriti anche non purulente*, ricordiamo il nostro compianto prof. Riva. Egli dettava: «Il palpamento (*nella pleurite*) può inoltre scoprire (notisi la dicitura *scoprire*) la esistenza di lieve (nonchè la designazione di *lieve*) edema della cute che, se è molto più comune nella forma suppurativa, può pure esistere in questa (parla della siero-fibrinosa) quando il processo si svolge acutamente e il versarsi dell'essudato è abbondante e rapido» (3). In contraddizione a quanto sopra si può invece constatare che in un Trattato, ancora più recente, nel Trattato di Medicina interna di Mohr-Staehelin all'articolo sulla pleurite, non si parla di vero edema cutaneo da pleurite, ma, con Bonniger, si attribuisce a disordine della circolazione linfatica l'aspetto della pelle talora tesa, lucente, ispessita che accompagna la pleurite, e si ritiene meno probabile l'opinione di vecchi autori quali O. Rosenbach (*sic*), che l'attribuivano ad ostacolato deflusso venoso (pag. 756) (1).

Pur non accettando l'opinione dello Staehelin (autore del detto articolo nel suddetto Trattato) ed accettando invece le suesposte idee del Riva ed altri succitati (per quanto antichi), ritenendo invece che prevalente e quasi generale sia l'opinione che nella pleurite non purulenta possa aversi, è vero, edema cutaneo, ma lieve, appena scopribile e per effetto di molto cospicui versamenti, acutissimi ed a rapido evolversi; ad onta di ciò, ripetiamo, noi possiamo ritenere che il concetto della esistenza di edema sottocutaneo (non cachetico nè purulento) nella pleurite, sia invece penetrato nella convinzione dei medici se possiamo leggere nell'Eichhorst (2) *che la pleurite può essere causa di edemi del genere cosidetto infiammatorio*, da non confondersi, dice l'Eichhorst, con quelli *dovuti a semplice stasi per compressione sulla vena azigos ed emiazigos.*

Eichhorst afferma pure che tali edemi si formano quando *il liquido pleurico è molto copioso;* ne dice anche la loro possibile diffusione, non solo alla cute del petto, ma anche a quella delle pareti addominali *unilateralmente dal lato che è sede del versamento pleurico* (pag. 416-417).

Uno di noi tuttavia può affermare che non solamente unilaterali ma bilaterali possono verificarsi tali edemi in semplice *pleurite non purulenta* ed anche senza copia speciosa di essudato, e pensa che tali casi sono anche i più importanti perchè si prestano assai ad errori od a gravi dubbiezze diagnostiche, essendochè è più comune (e pare più ragionevole) attribuire versamenti *pleurici bilaterali, con edema esteso*, alle diverse gravi affezioni generali, o circoscritte, svariatissime, che producono, costantemente, o molto frequentemente, uniti quei due sintomi (cardiopatie, nefriti, tumori, adenopatie, tubercolosi, actinomicosi, carie e lesioni mediastiniche in genere) che non attribuire l'edema a semplice pleurite, nella quale una tale sintomatologia è certamente eccezionale.

Gli è appunto per la loro eccezionalità, e, crediamo anche, per la loro altissima importanza, che fummo lietissimi del caso che ven-

---

quanto poi alla sua opinione, ed a quella dominante al suo tempo, è interessante riportare questa notizia da lui data nella nota in calce al lavoro succitato sulla pleurite, pag. 341:

«Io credeva che un edema limitato alla metà toracica affetta fosse segno certo di un essudato purulento: ma ho modificato opinione da poco, dopo che Traube, in un caso assai recente, e che si presentava con siffatto edema, estrasse colla punzione un liquido siero-fibrinoso. Più tardi anche qui l'essudato si fece purulento».

(1) *Manuale di medicina pratica* sotto la direzione di W. EBSTEIN e W. SCHWALBE. — Roma-Milano, Soc. Editrice Dante Alighieri, di Albrighi, Segati e C.

(2) Doin et Fils éditeurs, Paris, 1909, tom. III, pag. 1338.

(3) *Trattato italiano di Patologia e Terapia medica*, diretto dai professori CANTANI e MARAGLIANO, vol. III, parte II, pag. 375.

(1) Milano, Casa Editrice Libraria, 1915.

(2) ERMANNO EICHHORST: *Trattato di Patologia e Terapia speciale medica.* — Dott. Vallardi, Milano, 1888.

ne sotto osservazione e cura nel nostro Reparto e che qui sotto pubblichiamo perchè ce ne pare un chiarissimo ed irrefutabile esempio.

B. Pietro, dimorante a Villa d'Almè (provincia di Bergamo), di anni 46, zoccolaio.

Viene accolto in sala medica al letto 90 il 5 giugno 1920 - Servizio del Primario dott. Lussana.

Anamnesi. — Gentilizio immune. Non sofferse le comuni malattie esantematiche dell'infanzia. Mai malattie degne di nota. Quindici giorni fa cominciò a notare dolore puntorio al torace destro e più precisamente nel 5° spazio intercostale sulla emiascellare. Ha modica tosse con pochissimo escreato, febbre, debolezza generale, mancanza completa dell'appetito.

Stato presente. — Nutrizione e sanguificazione buone. Individuo robustissimo. Torace egualmente sviluppato. Escursioni respiratorie diminuite alle basi polmonari. *A destra*: fremito vocale tattile abolito, e ottusità dalla base al 9° spazio intercostale posteriormente; anteriormente al 5° spazio intercostale. *A sinistra*: abolizione del fremito vocale tattile e ottusità dalla base all'ottavo spazio intercostale. Ottuso lo spazio semilunare del Traube. In corrispondenza a dette ottusità sinistra e destra soffio bronchiale in- ed espiratorio. Qualche colpo di tosse senza escreato.

Non dispnea Nulla all'esame dell'apparecchio circolatorio e digerente. Milza palpabile. Fegato in limiti normali. Alvo regolare. Urina un po' scarsa (400 cmc. in 12 H) con un velo d'albumina (vedi avanti giorno 12). Non presenza di zucchero. *Edema leggero* alle basi del torace posteriormente.

Giorno 6 giugno. — Punture esplorative: a destra nel sesto spazio intercostale sulla ascellare anteriore ed a sinistra sulla emiscapolare nell'ottavo spazio intercostale. Si estrae facilmente con entrambe le punture esplorative un liquido limpido citrino. Prova del Rivalta positiva per essudato. La radiografia toracica, dà il seguente risultato.

OSPEDALE DI BERGAMO. GABINETTO DI RADIOTERAPIA. 119 *di Registro.*

L'indagine radioscopica dimostra una opacità piuttosto estesa alla base di destra confondentesi colla opacità epatica e facente corpo con questa e col diaframma così da subire nettamente gli elevamenti e gli abbassamenti inspiratori del diaframma stesso, i quali però sono limitati in confronto della norma e di quelli di sinistra. Tale opacità *dovrebbe essere data da tessuto organizzato* perchè non dimostra affatto i caratteri dei liquidi.

A sinistra (base) il reperto è pressapoco uguale ma certamente meno esteso che a destra.

Dall'Ospedale Maggiore di Bergamo, li 9 giugno 1920.

Il Direttore:
Dott. BERIZZI MARIO.

Dal giorno 6-7 al giorno 11. — La temperatura oscilla fra il 38° e 38°.5.

Giorno 11. — Si nota che gli edemi si sono pronunciati maggiormente, e cioè occupano il dorso dalla punta delle scapole al sacro.

Giorno 12. — Temp. 38°. Si nota edema di modica entità, ma non dubbia, anche al principio delle cosce. La ricerca dell'albumina nelle orine è *negativa.*

Dal giorno 13 *al* 27. — Nulla di notevole. La temperatura in questi giorni va lentamente degradando.

Giorno 28. — Scomparsa degli edemi alle cosce e diminuzione notevole degli edemi al dorso.

Giorno 30. — Da tre giorni apiressia, leggerissimo l'edema al sacro.

Giorno 10 luglio. — Scomparso anche l'edema al sacro. Ipofonesi alle basi polmonari con iporespiro.

Giorno 31 *luglio.* — Da 34 giorni apiressia. Sono molto buone le condizioni generali di nutrizione che durante la malattia s'erano fatte alquanto scadenti.

Alle basi polmonari non esiste oramai che leggerissima ipofonesi e iporespiro. Esce dall'ospedale perfettamente guarito per ridarsi al suo lavoro professionale.

CONSIDERAZIONI.

La storia clinica ora esposta è così semplice che non può lasciare, ci sembra, alcun dubbio sul diagnostico di *pleurite essudativa bilaterale acuta*, accompagnata da vistoso edema sottocutaneo dalle basi del torace al dorso sino alla radice degli arti inferiori.

Sappiamo che una sintomatologia simile è fatto così poco comune che può per avventura destarsene qualche dubbio. Giustificherebbero un tale dubbio anche le note da noi esposte in principio di questa comunicazione, in quanto che anche da esse appare che è tutt'altro che generale la affermazione di possibile edema sottocutaneo per semplice pleurite. A ciò potremmo rispondere che anche mancandone la spiegazione il fatto non cessa di esistere, e che il negarlo senza ragionato motivo non sarebbe logico. La puntura pleurica bilaterale, da principio, il decorso, e l'esito ultimo, ed il controllo di una completa visita fatta dopo 56 giorni di degenza ospedaliera hanno provato che non trattavasi di forma purulenta. L'edema da empiema, quando esiste, è circoscritto, un po' doloroso alla pressione: l'edema del B... Pietro era indoloro, esteso assai. Non era inoltre nè cachetico nè secondario a forma tubercolare o nefritica nè di origine cardio-vascolare nè diatesica nè costituzionale, ecc.

Il caso B... quindi, a chi lo voglia considerare obbiettivamente e senza preconcetti, è tale che impone la diagnosi di semplice pleurite, e rifiuta qualsiasi altra interpretazione.

Potremmo sorreggere il suesposto diagnostico anche con ragionamento extra medico, e cioè potremmo dire che l'autorità dell'Eichhorst ne affida che edema diffuso (quale sopra abbiamo ricordato) da stasi e non da processo flogistico, può avvenire per semplice pleurite, e che, come abbiamo già rilevato, l'Eichhorst si riferisce a casi di pleurite *unilaterale.* **Ora**

potremmo osservare che se non ci è lecito dubitare di tale possibilità clinica *unilaterale* sulla attestazione di un clinico la cui grande autorità, fra l'altro, è altamente affermata dal massimo dei nostri clinici italiani il quale del proprio nome ne onora il Trattato (1), tanto meno potremmo non ammettere che casi simili possono verificarsi quando la pleurite è *bilaterale*, come era nel B... nostro.

Con ciò potremmo considerare giustificato il suddetto diagnostico nel caso caduto sotto nostra osservazione e ritenere ultimato il compito assunto nel riferirlo, paghi di aver portato un contributo casistico abbastanza interessante ci pare, e non comune, sull'edema cutaneo da semplice pleurite siero-fibrinosa.

***

Tuttavia portati a tale conclusione, sotto l'impressione di un caso clinico personale che controllammo giorno per giorno, e più volte al giorno, per lasso di quasi due mesi, ci domandiamo: come sta che siano a migliaia i casi di pleurite, e di giornaliera osservazione, gravi e gravissimi, e che così raramente accada (ci consta che molti medici, pure di lungo esercizio, non ricordano di averne osservato un solo esempio) venga osservato l'edema in argomento? e così pochi siano gli autori che lo affermano? Una obbiezione non vale *un fatto sicuro*, per quanto l'obbiezione sia razionale. Tuttavia quella obbiezione è molto grave e ci portò a riflessioni e conclusioni che ci sembrano per lo meno meritevoli di discussione, e che qui sotto esponiamo.

Indagando in primo luogo sotto quali condizioni si verificherebbe l'edema in parola secondo gli autori che lo ammettono (precipuo, fra questi, l'Eichhorst) vediamo (come risulta dal precedente) che tali condizioni sarebbero la violenza del processo morboso, la rapidissima formazione e versamento dell'essudato nel cavo pleurico, e l'essere esso abbondantissimo.

Orbene: a noi pare di poter negare tali affermazioni. Osserviamo infatti in primo luogo che non va tenuto calcolo alcuno *dell'acuità* del processo poichè la violenza del processo, per sè sola e astrazion fatta della qualità dell'essudato di cui diremo a fine di questa nota clinica, può portare all'edema flogistico, ma abbiamo già detto che l'edema flogistico non ha a che fare coll'edema di cui qui trattasi. Restano quindi a valutarsi la *copia grandissima* dell'essudato e la *rapidità* del suo versarsi nel cavo pleurico. Ora, se riflettiamo a queste due condizioni vediamo che esse potrebbero essere ritenute causa dell'edema in quanto si supponga possano produrre aumento della pressione idrostatica nel mediastino. La causa dell'edema quindi risiederebbe nella *pressione* esagerata dell'essudato pleurico. E allora il quesito si riduce a questo: è possibile che nel pleuritico la pressione del liquido pleurico si faccia tale da comprimere le azigos in modo da occluderne tanto il lume da originare la stasi e quindi l'edema cutaneo?

Per quanto a noi pare si deve rispondere negativamente a tale domanda.

In realtà potremmo già opporre una riflessione pregiudiziale. Potremmo riferirci cioè alla argomentazione *di fatto* già esposta la quale è contraria alla dottrina che rapidità e quantità del versamento possano essere causa di edema cutaneo.

Non fa bisogno infatti di avere una consumata e lunga pratica medica per sapere che quasi quotidianamente si possono osservare forme pleuriche, processi non solo acutissimi come processi ma anche a rapido versarsi di essudato, e abbondantissimi, sino a portare ortopnea, e tuttavia non vederli mai accompagnati dall'edema cutaneo del quale qui si parla. E dai fatti clinici venendo anche a ragioni fisiopatologiche, ormai portate anche da comuni manuali di patologia, noi sappiamo che la gabbia toracica si dilata corrispondentemente alla quantità del liquido contenuto nel cavo pleurico, sappiamo che l'introduzione di liquido nel cavo pleurico nei cani narcotizzati colla morfina, non causò, con quantità oltre il mezzo litro, alcun permanente aumento della pressione (esperienze di Gerhardt) e che il ritorno della pressione antecedente alla iniezione nel cavo pleurico, o, in altre parole, che tale diminuzione di pressione avviene spontaneamente nel senso che è dovuta a dilatazione della gabbia toracica per azione muscolare quasi attiva; sappiamo che tale dilatazione toracica, atta a diminuire la pressione interna, si verifica per via riflessa anche sul lato sano; sappiamo che la pressione alla superficie dell'essudato nei versamenti abbondanti recenti è particolarmente bassa (tra meno 14 e meno 20, vale a dire per lo meno negativa), sappiamo che è il soffice tessuto polmonare quello che sopporta prima di tutto l'esagerarsi della pressione endotoracica del liquido pleurico, e molte altre leggi sono note che ci pare inutile riportare e che, sotto un certo rapporto, collimano coi dati ora accennati, a suffragare la affermazione che dal complesso di queste nozioni nasce ed è giustificata la deduzione che una compressione delle azigos tale da accluderle in modo *così completo e così a lungo* da venirne all'edema cutaneo *non è ammissibile.*

(1) EICHHORST, opera citata. Traduzione dei dottori Maglieri e Rareggi, riveduta da Augusto Murri.

Notisi bene: accennasi non solo alla completezza della compressione ma anche *alla durata* di essa, importantissimo, anzi essenziale elemento, causale di edema, poichè una relativamente *breve* compressione non potrebbe produrre l'edema e, *clinicamente*, non è concepibile una relativamente *lunga* durata di compressione delle azigos, poichè, prima che a ciò si sia giunti nell'ammalato, deve esercitarsi (sugli altri molteplici organi endomediastinici di ben più vitale importanza che non siano le azigos) una pressione tale da portare l'ammalato all'ortopnea prima che all'edema, e quindi da portare alla necessità del soccorso terapeutico (toracentesi) che impedisce alla compressione delle azigos di durare tanto tempo quanto occorre per produrre l'edema, *oppure da portare l'ammalato alla tomba (prima che l'edema si sia formato) nel caso che l'ammalato non si sia soccorso*.

Come si vede siamo così venuti a negare la possibilità di quelle stesse uniche condizioni che sono avanzate dagli autori onde giustificare, spiegare e in certo modo rendere plausibile, la esistenza di un edema cutaneo da semplice pleurite siero-fibrinosa. Ma con ciò non crediamo di annientare il caso clinico oggetto di questa nota ed il valore ed il significato che ad esso attribuiamo!

Poichè il fatto clinico *esiste*, e dalle or fatte obbiezioni ci riteniamo unicamente giustificati a cercare una spiegazione più accettabile di quelle che, per quanto noi si sappia, furono fin ora avanzate. E a noi pare attendibile l'interpretazione seguente.

Richiamata la insufficienza del versamento pleuritico a produrre, per semplice *copia* anche notevolissima, occlusione delle vene — oppure la sufficienza sua a tale risultato ma solamente quando, fra l'altro, il polmone dal lato affetto non è più suscettibile di ulteriore retrazione, nè il diaframma di ulteriore abbassamento a carico del contenuto addominale — ci domandiamo se eventualmente la natura stessa dell'essudato e del processo morboso pleuritico, o la sua speciale localizzazione, non fossero la causa vera degli innegabili disturbi circolatorii venosi che si verificano in alcuni casi di pleurite quali quello da noi descritto nella presente nota clinica.

E tale dimanda fa subito correre la mente alla forma plastica, talora esclusivamente fibrinosa, dell'essudato pleuritico, ne fa ricordare le masse talora voluminosissime e tali da potere certamente deprimere il setto mediano pleurico (parete mediastinica), superarne la resistenza e comprimere gli organi (le vene anzitutto) contenute nel cavo mediastino, fa ricordare le pseudomembrane, le fimbrie, i cordoni, le aderenze residuanti da processo pleuritico fibrinoso solido, e le possibili conseguenti inflessioni dei vasi, per *trazione* quasi più che per compressione (Bergmann in Mohr e Staehlin). E, venendo al caso nostro, fa ricordare che in esso la essudazione doveva certamente essere molto solida e plastica, non solamente per risultato dell'esame clinico e caratteri dell'essudato, ma anche pel risultato della radioscopia, la quale portò, *unicamente per sè stessa*, il radiologo al dubbio, anzi alla probabilità, di un tessuto organizzato (veggasi storia clinica).

***

Onde, a riassunto di questo nostro studio clinico, ci pare sieno giustificate le seguenti *conclusioni*:

1. Esiste un edema sottocutaneo dovuto a pleurite sierofibrinosa non suppurativa;

2. Questo edema può essere limitato alle basi del torace e da un lato solo, ma può essere esteso bilateralmente dalle basi del torace al dorso sino al sacro e radice degli arti inferiori, con tutti i caratteri dell'edema *da stasi* (vale a dire: non infiammatorio, nè da cause generali quali l'anemia, la cachessia, le diatesi varie edematogene, nè da cause viscerali quali la nefrite, le cardioarteriti, nè da cause locali mediastiniche quali tumori, adenopatie, carie, tubercolosi, actinomicosi, ecc.).

3. Questo edema, negato finora esplicitamente da nessuno, forse non comunemente noto, ammesso da taluno ma subordinatamente a condizioni morbose che sono contraddette dai fatti clinici e dal loro esame critico (violenza di processo infiammatorio, rapidità di versamento pleurico e copia eccezionale di esso, vale a dire condizioni morbose presupposte causa di esagerata pressione endotoracica) trova razionale e pratica spiegazione in una essudazione fortemente fibrinoso-plastica (concomitante, primitiva o secondaria) svolgentesi a carico dello spazio mediastinico, con compressione, trazione, inflessione e susseguente occlusione di maggiore o minore gravezza, di maggiore o minore durata, delle vene decorrenti nel mediastino posteriore.

Aggiungiamo che la esposta interpretazione del sintoma pleuritico in esame dà anche ragione della sua *rarità* inquantochè è naturale che debbano essere poco frequenti i casi di pleurite nei quali un essudato fibrinoso si sviluppi proprio in spessore e località atte a comprimere le vene che decorrono nel cavo mediastinico, non tenuto calcolo inoltre che non sono nemmeno frequenti i casi di pleurite nei quali l'essudato è quasi totalmente fibrinoso.

Ci riserbiamo di ritornare sull'argomento.

Bergamo, novembre 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

UFFICIO D'IGIENE DELLA CITTÀ DI TORINO
diretto dal prof. FRANCESCO ABBA.

Rilievi statistici in rapporto al problema eziologico dell'encefalite letargica.

Nota del dott. PAOLO ALMASIO,
medico ispettore delle disinfezioni.

Il primo caso di encefalite letargica si è avuto, in Torino, nell'autunno 1919.

Si trattò di una donna, ammalatasi nel settembre, con sindrome cerebrale, quale si riscontrò poi abitualmente durante l'epidemia di encefalite, e guarita perfettamente dopo due mesi circa di degenza a letto e dopo essere stata gravissima per più settimane.

Non si verificarono altri casi fino alla seconda metà del dicembre successivo.

Da questa data, col riprendersi dell'influenza, i casi di encefatite andarono man mano facendosi più frequenti.

L'epidemia è durata fino all'aprile 1920.

In totale, i casi denunciati furono 138, di cui quattro nella seconda metà del dicembre 1919; 74 nel gennaio, 43 in febbraio, 17 nel marzo del 1920.

L'epidemia raggiunse il suo acme il 26 gennaio 1920, con 10 casi denunciati in quel giorno: in seguito i casi andarono progressivamente diminuendo, fino a cessare affatto coll'aprile.

I morti furono 48: si ebbe cioè una mortalità del 34 %.

In rapporto all'età dei decessi i casi sono così ripartiti:

Fino al	5° anno di vita . . .		2	sopra	4	casi
Dal	5° al 10°	anno di vita	1	»	5	»
»	10° » 20°	»	4	»	19	»
»	20° » 30°	»	18	»	47	»
»	30° » 40°	»	7	»	31	»
»	40° » 50°	»	9	»	15	»
»	50° » 60°	»	1	»	6	»
»	60° » 70°	»	3	»	7	»
»	70° » 80°	»	3	»	4	»

Se ne dovrebbe dedurre, analogamente a quanto ha riscontrato il dott. E. Bajla, durante l'epidemia di encefalite, verificatasi in Milano, nel 1920, che la malattia ebbe carattere gravissimo nella persona di età avanzata (oltre i 60 anni): che si presentò con mortalità abbastanza elevata nel gruppo di età dai 20 ai 30 anni e dai 30 ai 40, mentre una mortalità minore si registrò nel gruppo dai 10 ai 20 anni. A differenza però di quanto ha riscontrato il predetto autore, la mortalità nei bambini al disotto dei 10 anni è stata assai alta. La mortalità minima si ebbe dai 50 ai 60 anni.

La malattia ha colpito i due sessi pressochè in eguale misura: si ebbero 74 casi nei maschi e 64 casi nelle femmine.

Circa l'età i casi furono così ripartiti:

Fino al	5° anno di vita	4
Dal	5° al 10° anno di vita . . .	5
»	10° » 20° » . . .	19
»	20° » 30° » . . .	47
»	30° » 40° » . . .	31
»	40° » 50° » . . .	15
»	50° » 60° » . . .	6
»	60° » 70° » . . .	7
»	70° » 80° » . . .	4

L'inchiesta, che il prof. Abba, ufficiale sanitario di Torino, ha fatto eseguire per ogni caso denunciato, dimostrò che dei colpiti dall'encefalite 72 non avevano avuto l'influenza nel 1918; 12 l'avevano sofferta; cinque avevano avuto malati di influenza in casa prima che essi ammalassero. In 38 la malattia esordì bruscamente come tale; in 14 la sintomatologia dell'encefalite si manifestò come postumo o come complicanza dell'influenza.

Circa la distribuzione topografica dell'epidemia in città, si è notato che i casi verificatisi nel nucleo centrale della vecchia città, circoscritta dalla località ove una volta esistevano i bastioni furono 16, quelli verificatisi tra gli ex-bastioni e l'antica cinta daziaria, dove la popolazione è più numerosa, furono 74; e 48 furono quelli verificatisi tra l'antica e la nuova cinta daziaria.

Non furono colpiti maggiormente i vecchi agglomerati di case antiigieniche che i nuovi rioni, costituiti di case spaziose e sane, analogamente a quanto si è pure notato circa le condizioni sociali dei colpiti. Tutte le classi sociali, dalle più agiate alle meno favorite dalla fortuna, pagarono un eguale tributo alla malattia.

Nessun contagio ebbe mai a verificarsi fra i conviventi di ammalati di encefalite, nè fra il personale di assistenza, sia a domicilio, sia negli ospedali, come pure nessun medico contrasse la malattia.

***

Data l'insorgenza dell'encefalite in forma epidemica contemporaneamente al riaccendersi nel 1920 dell'epidemia influenzale, è ovvio che, per primo studio, siasi cercato di stabilire quali fossero gli eventuali rapporti tra le due forme morbose.

Dalla denuncia dei casi di influenza, pervenute in numero di 1058 all'Ufficio d'Igiene, nel

1° trimestre 1920, si rileva che l'epidemia andò man mano crescendo di intensità dai primi di gennaio fino al 29 dello stesso mese, con un massimo di 74 denuncie in questo solo giorno.

In seguito, con sbalzi irregolari, pressochè giornalieri, i casi diminuirono progressivamente nel febbraio e nella prima quindicina di marzo fino a cessare del tutto colla fine del marzo stesso.

Furono colpiti 557 maschi e 501 femmine, e circa l'età i casi furono ripartiti come appresso:

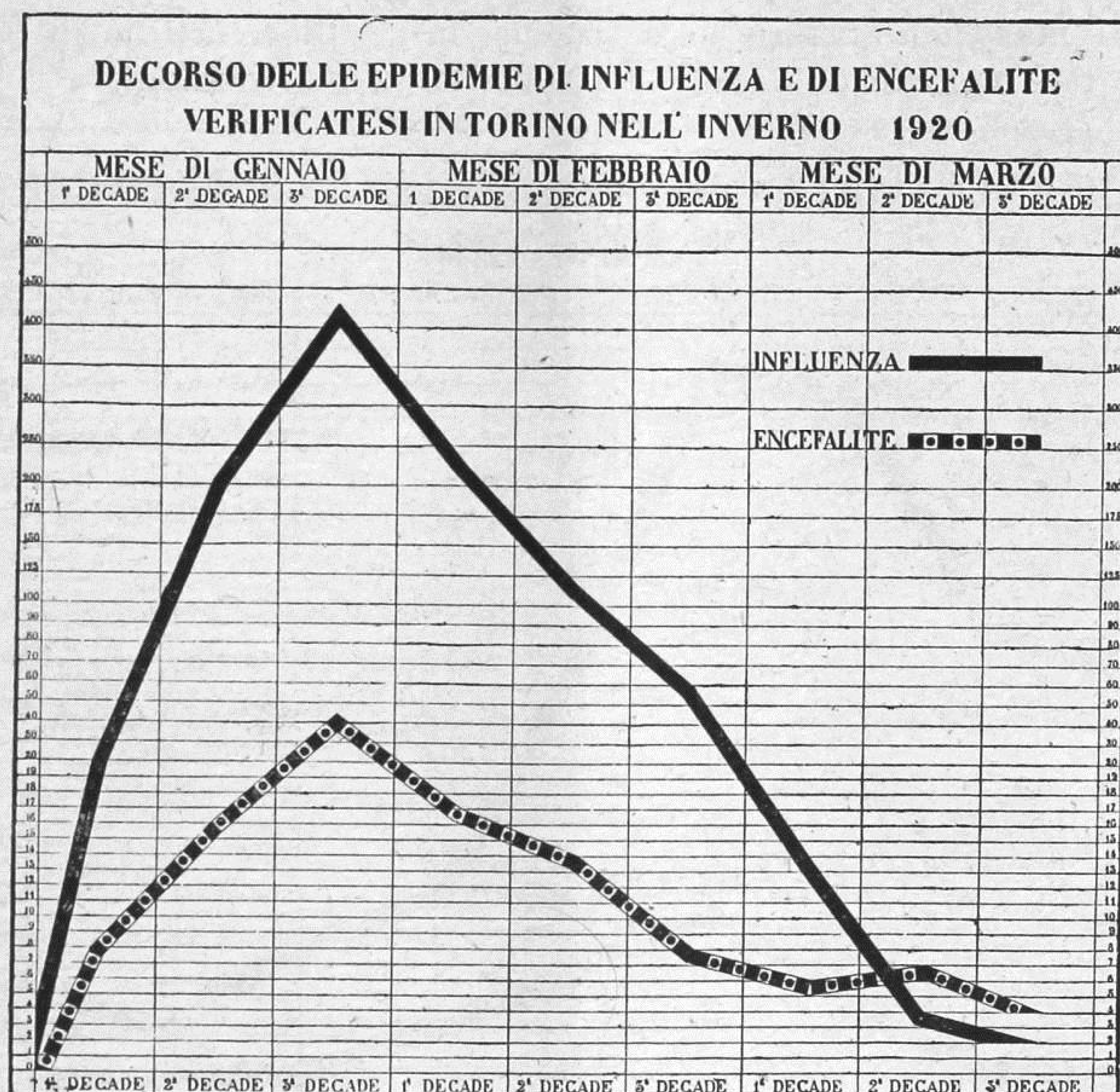
Il parallelismo fra le due curve è perfetto.

Nella terza decade di gennaio si ha il massimo dei casi di influenza e il massimo dei casi di encefalite.

Il secondo grafico rispecchia il decorso delle due epidemie nei rapporti coll'età.

Tanto per l'influenza quanto per l'encefalite il massimo dei casi si ha negli individui dai 20 ai 30 anni.

Le curve però si differenziano circa il numero dei colpiti nella prima età. Mentre per l'encefalite sono scarsissimi i casi dal primo



Fino al	5° anno di vita	. . . . .	56
Dal	5° al 10° anno di vita	. .	129
»	10° » 20° »	. .	199
»	20° » 30° »	. .	207
»	30° » 40° »	. .	121
»	40° » 50° »	. .	50
»	50° » 60° »	. .	40
»	60° » 70° »	. .	16
»	70° » 80° »	. .	28
»	80° » 90° »	. .	1

Per maggior chiarezza di descrizione e per maggior facilità di confronto tra i dati statistici relativi alle due epidemie di encefalite letargica e di influenza è bene siano esaminati i due grafici seguenti, disegnati dal Sorvegliante della Stazione di Disinfezione di Torino, sig. Grignolo.

Il primo riguarda il decorso delle due epidemie in confronto col numero dei casi denunciati.

al quinto anno di vita e pochi dal quinto al decimo anno, per l'influenza essi sono molto più numerosi.

Altro dato degno di particolare rilievo è che la grande maggioranza dei malati di encefalite non sofferse l'influenza nel 1918. Se a questi si aggiungono i casi nei quali l'encefalite è scoppiata come postumo o come complicanza dell'influenza e quelli, nelle cui famiglie erano malati di influenza, l'analogia fra le due forme morbose diventa sempre più evidente.

***

È dunque l'encefalite una forma clinica dell'influenza?

O si tratta di una malattia autonoma con speciali caratteristiche cliniche, anatomopatologiche ed eziologiche?

I discordi pareri dei numerosissimi osservatori, che si sono occupati della interessante questione, ci lasciano perplessi; nè forse è pos-

sibile alla stregua delle cognizioni attuali circa i dati eziologici delle due epidemie esprimere alcun giudizio preciso. Sembra tuttavia che i rilievi statistici desunti dall'esame dell'epidemia di encefalite e di influenza, svilùppatisi in Torino nel 1920, possano portare un qualche chiarimento sulla natura dell'encefalite letargica.

Poichè non deve essere effetto di pura o semplice coincidenza il parallelismo assoluto, che si è osservato fra l'andamento dell'influenza e quello dell'encefalite.

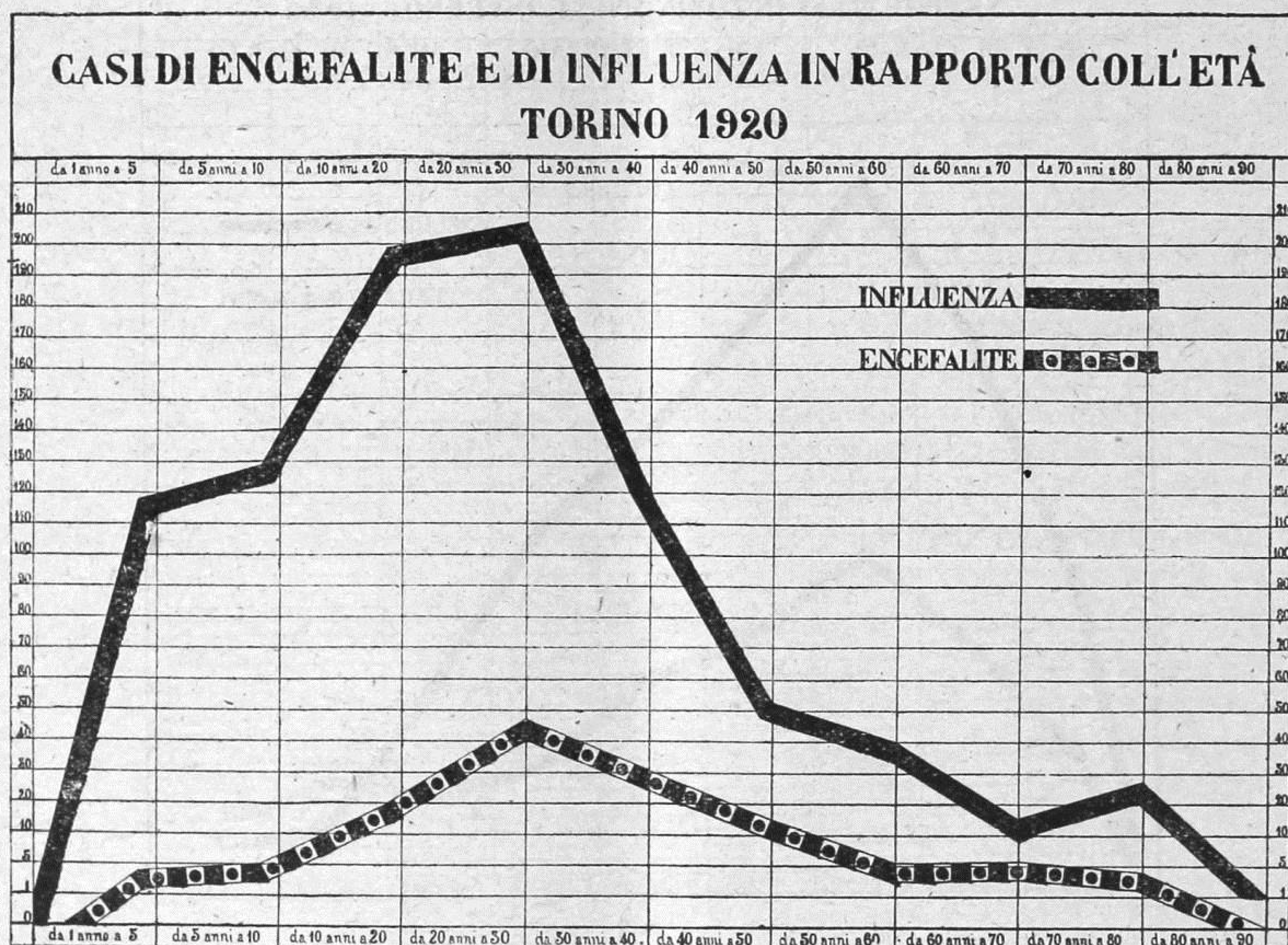
Si è visto che al massimo numero di casi d'influenza, verificatisi nella terza decade del gennaio 1920, corrisponde esattamente il massimo numero di casi di encefalite, mentre si ha un progressivo aumento nel numero di casi di influenza e di encefalite dalla prima alla terza decade di gennaio, ed una progressiva diminuzione delle due epidemie dalla terza decade del gennaio all'ultima decade del marzo.

Di più: il massimo numero dei casi di encefalite si è verificato negli individui dai 20 ai 30 anni; come pure dai 20 ai 30 anni furono più numerosi i casi di encefalite.

Ed ancora: su 138 casi denunciati di encefalite letargica 72, cioè più della metà di essi, si ebbero in individui, che mai avevano sofferto l'influenza, mentre solo 12 furono i casi di encefalite, che si verificarono in individui precedentemente colpiti dall'influenza.

Ora, se è possibile non ammettere la identità nosologica dell'encefalite letargica e dell'influenza per il solo fatto della coincidenza nel tempo delle due epidemie, giacchè può invocarsi il fattore predisponente dell'influenza per l'attecchire dell'encefalite come malattia autonoma, è meno semplice comprendere come questo fattore predisponente dell'influenza debba limitarsi ad esplicare la sua azione con preferenza spiccatissima sugli individui dai 20 ai 30 anni.

E non è sufficiente l'obiezione che, essendo più numerosi i casi di influenza negli individui dai 20 ai 30 anni, sia ovvio che si abbiano parallelamente più numerosi i casi di encefalite per la peculiare facilità in tali individui a contrarre le due infezioni.



Sarebbe una limitazione troppo accademica dell'azione predisponente dell'influenza; basterebbe a distruggere una tale obiezione l'accertamento inoppugnabile che più della metà dei casi di encefalite letargica, verificatisi in Torino, si ebbe in persone, che non soffersero precedentemente alcun attacco influenzale, e che circa un decimo dei casi di encefalite si è manifestato come postumo o come complicanza dell'influenza.

D'altra parte si è trovato sempre, nella storia dell'influenza, che, sul declinare dell'epidemia, si verificarono più frequentemente le forme nervose gravi.

Già nel 1712 Camerarius aveva notato a Tubinga, sul finire di una epidemia di influenza, una forma morbosa, che per le sue manifestazioni sintomatiche denominò *Malattia del sonno*. Ed è noto che il Bozzolo, nella epidemia di influenza del 1890 e 1900, ha descritto casi di

encefalite letargica con quadro sintomatico identico a quelli rilevati nell'attuale epidemia.

Per quanto di valore puramente accademico, come afferma il Ceconi, ricordando i diversi germi isolati dagli autori in casi di encefalite, tuttavia non è privo d'importanza notare, per il problema eziologico dell'encefalite, che l'identità fra le due forme morbose è piuttosto avvalorata dai reperti batteriologici osservati, che non diminuita.

Difatti il Ceconi nota che, se vogliamo considerare le complicanze più frequenti e più minacciose dell'influenza come dovuta ad una associazione di diplococchi o di streptococchi, forse dei due insieme, i reperti batteriologici di diplo-streptococchi rinvenuti in casi di encefalite da Wisner, Marinescu, Brascker, Caldwell, Coombe, Ascoli, Maggiora e da lui stesso potrebbero essere invocati, anzichè in favore dell'autonomía dell'encefalite, a prova di una sua dipendenza dell'influenza, quale complicanza della medesima.

Nè finora è ammessa come provata la identità anatomopatologica dell'encefalite colla poliomielite acuta anteriore.

Il Greenfield infatti afferma che l'encefalite è una malattia emotogena, mentre la poliomielite è nettamente linfogena. Ed il Monti riscontra nell'encefalite le identiche alterazioni anatomiche dell'influenza grave. Così Netter combatte l'ipotesi dell'identità fra encefalite e poliomielite per la differente età dei colpiti. È noto che la poliomielite acuta si verifica specialmente nei bambini dal primo al quarto anno di vita, meno spesso, fra i giovani fino ai 20 anni, e più frequente nella stagione calda. L'encefalite invece, pur colpendo tutte le età, è più frequente nell'età adulta: l'assenza di reazioni meningee e la maggiore mortalità la differenziano dalla poliomielite.

D'altra parte l'agglutinazione al tasso 1: 500 e 1: 1000 di singole varietà di bacilli di Pfeiffer, trovata dal Gosio, in vari casi d'encefalite, è un dato di fatto importantissimo per stabilire almeno che gli encefalitici sono pure degli influenzati, giacchè è ormai assodato come il bacillo di Pfeiffer sia un satellite dell'influenza, come lo streptococco per la scarlattina.

Dal lato del contagio, contrariamente a quanto hanno riscontrato il De Giaxa ed il Levy nei bambini, non si è verificato, nell'epidemia di Torino, una qualsiasi diffusione del male sia tra i famigliari, sia fra il personale di assistenza o tra i medici.

Questo fatto potrebbe essere un altro argomento per affermare che l'encefalite è una forma chiusa dell'influenza e che perciò non ha la peculiare diffusibilità delle sue abituali manifestazioni catarrali.

Concludendo, se teniamo presente la coincidenza, verificatasi anche per il passato, delle due epidemie di encefalite letargica e d'influenza, il reperto sierologico positivo per il bacillo di Pfeiffer, e, per ciò, che riguarda l'epidemia di Torino, la prevalenza dei colpiti di entrambe le forme nell'età dai 20 ai 30 anni, ed ancora il fatto che oltre la metà dei casi non aveva precedentemente sofferta l'influenza e che altri furono colpiti dall'encefalite dopo che ebbero in casa malati di influenza, sembra che sia possibile ammettere, con una certa probabilità di vero, l'identità dell'encefalite coll'influenza, di cui non sarebbe che la localizzazione cerebrale.

I dati statistici ed epidemiologici notati durante il ricordato episodio epidemico di encefalite letargica confortano sufficientemente una tale interpretazione.

È certo però che il problema eziologico dell'encefalite letargica non potrà essere risolto definitivamente, se non quando sarà chiarita la natura precisa dell'influenza.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CONGREGAZIONALE DI MODENA
REPARTO CHIRURGICO.

Stenosi mediogastrica determinata da ernia ombelicale indiretta incompleta.

Dott. LUIGI VACCARI
libero docente, chirurgo primario.

Il caso che riferisco, per il reperto radiologico rarissimo e che fino ad ora credo unico, reca un contributo all'interpretazione che si deve dare alla stenosi mediogastrica.

Una malata, inviatami dal dott. R. Bassi di Campogalliano, dopo ch'egli aveva invano tentata ogni cura per guarirla, donna sui 50 anni, benestante, massaia, raccontava che all'età di 16 anni cominciò a risentire un dolore epigastrico dopo i pasti, di breve durata e che non le recava grave disturbo. Maritatasi, ebbe quattro figli che allattò e che vide crescere sani e forti. Puerperî regolari, mai febbre o malattie degne di nota. Solo, mentre il dolore suaccennato andava facendosi sempre più intenso e quasi costante, essa notava deperimento generale, inappetenza, anoressia. Il vomito le si era manifestato poche volte alcuni mesi fa; e il materiale emesso era bianco giallastro, d'aspetto mucoso. L'alvo era regolarmente molto stitico. Le feci avevano caratteri normali.

L'aspetto della donna era sofferente, con pelle e mucose di colorito pallido. Il dolore all'epigastrio era ben localizzabile nel tratto medio dello spazio xifoombelicale, 2 o 3 cm. a sinistra della linea mediana. La palpazione accurata, sia nella stazione eretta che nel decubito supino, tanto superficiale che profonda, non riscontrava modificazioni della parete, nè

dei visceri sottoposti, se si esclude un senso di guazzamento gastrico. La percussione dimostrava abbassato a 2 dita trasverse sotto l'ombelico il limite inferiore dell'area gastrica. Nessun altro fatto anormale apprezzabile in altre sedi e a carico dei varî visceri.

Il prof. R. Balli, del gabinetto radiologico, ebbe in esame la malata e mi comunicò quanto segue:

« L'osservazione radioscopica e radiografica dell'inferma, compiuta nelle varie projezioni, in diverse incidenze, a distanza di giorni, con latte e con pasto, mostra uno stomaco a clessidra che non scompare colla posizione supina, nè colla compressione del polo inferiore, nè colla manovra di Chilaiditi.

La clessidra, molto pronunciata, a contorni regolari e rientramento verso la piccola curvatura, posta al di sopra della metà del viscere, è a linee nette; il ponte di congiunzione appare evidente fra le due sacche e corrisponde col suo estremo superiore sufficientemente, al polo inferiore della lobazione superiore.

Lo stomaco ectasico è leggermente ptosico; si svuota lentamente per pilorospasmo; la peristalsi è valida.

Osservando la malata radiograficamente specie in posizione eretta, oltrechè le particolarità accennate, si vede un'ombra diverticolare in rapporto della piccola curvatura dello stomaco al punto d'unione del $^{1}/_{3}$ superiore coi $^{2}/_{3}$ inferiori di essa e a livello della biloculazione suddetta. Essa prolunga l'ombra gastrica senza discontinuità; è fissa in tutte le posizioni che assume l'ammalata e la pressione su d'essa determina un dolore nettamente localizzato.

Esclusa la bilobazione per atonia, per compressioni dall'esterno (fegato, milza, pancreas, colon anche se ripieno d'aria [aerocolia]), per costrizione dell'apertura inferiore del torace esercitata da corsetti, per spasmi, sia essenziali, sia per aderenze da perigastrite, esclusa una lesione da ispessimenti dei ventri muscolari isolati della parete gastrica o da cancro di qualche parte dello stomaco, si pone diagnosi di stenosi medio-gastrica con diverticolo da probabile ulcera della piccola curvatura dello stomaco ».

Ponendo tale rilievo in rapporto ai dati anamnestici e obbiettivi, pure mancando il sintomo, emorragia gastrica, e indipendentemente dal risultato di un esame del chimismo gastrico, che fu trascurato non ritenendosi utile all'effetto pratico, il giudizio di stenosi mediogastrica da ulcera era così fondato che nell'intento di una cura chirurgica s'intervenne con taglio xifo-ombelicale, previa anestesia locale.

Incisa la linea alba, fece emergenza copioso tessuto grassoso, molle, a tipo di bozza erniaria, rimontante, nella metà inferiore dell'incisione, un piano aponeurotico, a margine libero, colla concavità volta in alto, disposto 6 cm. circa al di sopra dell'ombelico, nel qual piano fibroso riconobbi la fascia ombelicale di Richet.

Sotto il grasso si trovò un sacco peritoneale disteso al davanti di detta fascia e fra i margini mediali dei retti addominali, assai spostati all'infuori, sul quale passava il cordone dato dalla vena ombelicale obliterata.

Eseguendo l'ernio-laparotomia, s'affacciò per primo il tratto medio dello stomaco, anzi l'inizio della porzione pilorica che si presentava distesa, globosa, a pareti sottili e con sierosa iperemica, mentre un pò a sinistra della linea mediana e più in alto, lo stomaco per 5 cm. era ristretto, come strozzato, ridotto alla dimensione dell'intestino colon, coperto da qualche briglia biancastra.

Feci la palpazione *in toto* di questa porzione stenotica sollevando col margine libero dello stomaco anche il colon trasverso e constatai che nelle pareti gastriche nulla vi era di anormale e che la distensibilità era ovunque perfetta.

Anche il piloro era ristretto, sì che, escluse affezioni organiche sullo stomaco, rinunciai alla progettata operazione su d'esso; e, addebitata ogni manifestazione clinica e radiologica alla alterazione della parete addominale, ossia all'ernia di Richet, mi tenni alla cura di quella.

Esciso generosamente il sacco, richiudevo il ventre con triplice sutura aponeurotica, curando particolarmente la connessione della fascia di Richet ai margini dei muscoli retti.

La malata dal momento in cui fu operata, non avvertì più dolore epigastrico. Si nutrì bene e non ebbe più senso di debolezza. Scomparvero subito le eruttazioni ed i vomiti; l'alvo divenne regolare.

Presentemente (è operata da 4 mesi) gode di un perfetto benessere.

Il caso qui riportato induce adunque a riflettere sulle modificazioni di forma che per ernia, talora latente, può subire un viscere addominale e a quella concordanza di sintomi clinici e di rilievi radiologici che può avere portato a diagnosticare un'ulcera della piccola curva dello stomaco, dove all'atto operativo si è dovuta constatare soltanto la presenza di un'ernia del canale di Richet.

È noto che la fascia ombelicale di Richet, lamina fibrosa che emana dalla guaina dei muscoli retti, quando è sufficientemente sviluppata, sia libera in alto e fissa in basso, od inversamente, dà luogo alla formazione del canale ombelicale e che in questo può farsi strada l'ernia in via indiretta, cioè con progresso dall'alto in basso o dal basso in alto, a seconda della disposizione varia suaccennata della fascia.

Evidentemente l'allargamento del canale di Richet può effettuarsi solo nel suo inizio, e così l'ernia può non raggiungere l'ombelico e restare interstiziale fra la linea alba e la fascia.

L'esame clinico per tale forma riesce negativo, e cioè non guida a diagnosi di ernia.

Il piano aponeurotico anteposto nasconde la tumescenza e non permette di apprezzare una riducibilità viscerale. Si rileverà solo dolore locale alla pressione; ma varrà appunto questo sintomo, quando manchino gli altri, a deviare dal concetto diagnostico di ernia.

I disturbi gastrici, eruttazioni, vomito, dolore dopo qualche ora dal pasto, porteranno piuttosto a temere di un'ulcera gastrica o di altra affezione dello stomaco, come non di rado accade nei casi di ernia epigastrica che sia sfuggita all'osservazione.

In via pratica accade che, verificandosi queste circostanze, le cure mediche risulteranno ribelli, e allora il paziente sarà preso in considerazione per minuto esame funzionale dello stomaco e sarà indirizzato al radiologo.

Il reperto radiologico circa le modificazioni di forma del tubo intestinale sarà valutato per sè stesso ma anche in relazione ai sintomi presentati dal paziente.

Se si tratta di individuo affetto da ernia addominale, facilmente si può stabilire quale parte questa eserciti o possa avere già esercitato sulla parete gastro-intestinale e stabilire anche se in concomitanza vi sia un'ulcera, un neoplasma, una briglia; ma se l'ernia è latente e, per caso, fornisce moltissimi sintomi clinici e dati radiologici identici ad affezioni viscerali, l'errore diagnostico si potrà evitare solo accertandosi che a favore di quella data affezione si abbiano tutti i sintomi, nessuno eccettuato, ciò che è difficile ad ottenersi.

La stretta somiglianza della figura radiologica della clessidra gastrica da ulcera con quella da ernia di Richet è giustificata dall'essere pressochè eguale il meccanismo con che entrambe si formano.

Si genera sì nell'un caso che nell'altro uno stimolo spastico, protratto, intermittente, tanto dall'interno che dall'esterno della parete gastrica, che dà disturbi funzionali di circolo sanguigno, di circolo di contenuto alimentare, di trofismo nervoso, che si traducono alla fine in lesioni organiche (aderenze, diverticoli).

E il quadro fenomenico segue di necessità l'alterazione funzionale e anatomica.

Come nell'ulcera gastrica, così nell'ernia di Richet si potrà verificare il dolore epigastrico localizzato più forte dopo i pasti, e alla pressione, i disturbi digestivi, l'iperacidità, l'atonia gastrica, l'ectasia, la stipsi, ecc.

L'emorragia gastrica soltanto, data la prevalenza della lesione della mucosa, si constaterà più facilmente nell'ulcera gastrica; ma è noto che anche per questa, pur essendo sintomo caratteristico, è tutt'altro che costante.

Nel nostro caso di clessidra da ernia di Richet, che fin qui nella letteratura è unico, la gastrorragia non risultava nè obbiettivamente, nè anamnesticamente, ma ciò non poteva escludere l'ulcera tanto più frequente e nota.

La gastrorragia del resto si può presumere abbia eventualmente a manifestarsi anche per l'ernia di Richet dello stomaco, se si pensa alle enterorragie che talora si verificano negli operati di ernia strozzata.

Dobbiamo inoltre ricordare che si osservano frequentemente nelle ernie addominali d'antica data, specie se intasate, le ipertrofie della parete intestinale, le stenosi, determinate da varî fattori, e fra questi dallo spasmo a livello dell'orificio erniario. Analizzando, si chiarisce come appunto lo spasmo, più facilmente, entri in giuoco per l'ernia dello stomaco, e la stenosi si faccia per via riflessa.

Mi è occorso varie volte di dover praticare l'entero-enteroanastomosi laterolaterale, a monte dell'intestino che entrava nell'ernia al fine di riparare la stenosi. Di codesti casi ne ricordo uno tipico di ernia dello Spigelio interstiziale, non strozzata, ma contenente intestino reso impervio da ipertrofia ed edema della parete.

E a *conclusione* di tutto ciò noto:

1° che si deve inserire fra le cause di reperto radiologico di stenosi mediogastrica l'ernia del canale ombelicale di Richet, eventualmente latente, perchè incompleta;

2° che nella diagnosi di concomitanza di ulcera gastrica od ernie ombelicali od epigastriche si debbono valutare molto i fatti clinici a lato dei rilievi radiologici;

3° che, data una stenosi mediogastrica caratteristica di ulcera e assente qualche sintomo proprio di quest'affezione, si deve sospettare la presenza di un'ernia indiretta incompleta del canale ombelicale di Richet.

Modena, 25 marzo 1920.

COMMENTI.

Ancora sull'acariasi da grano.

Con riferimento alla risposta del professor G. Alessandrini all'abb. n. 335 pubblicata nel fasc. 1°, pag. 30, il dott. S. Sberna, primario di dermosifilopatia a Firenze, ci scrive che il titolo andrebbe corretto più precisamente in « *acariasi* da *Pediculoides ventricosus* », perchè « questa *acariasi* può aversi non soltanto dal grano, ma anche dall'*orzo*, dalla *saggina*, come in una quantità enorme di casi abbiamo riscontrato quest'anno, specialmente in Toscana, e per la semplice ragione che la tignola o il suo parassita, il *Pediculoides*, si possono riscontrare nell'orzo e nella saggina ».

Aggiunge:

« Il nome di *Pediculoides ventricosus* è stato dato dal Targioni-Tozzetti (Firenze) e non dal Newport (che aveva chiamato il parassita *Sphoerogyna ventricosa*).

Il collega G. Alessandrini non ha accennato alla più importante tra le norme profilattiche, e, cioè, quella di allontanare il grano dalle camere dove si abita, anche se esso è contenuto nei sacchi, e non ha detto che è assolutamente necessario che il grano nei magazzini venga di tanto in tanto spalato (per disturbare la invasione delle tignole) e medicato col solfuro di carbonio.

Mi sono permesso di aggiungere queste notizie perchè largamente mi sono occupato dell'argomento dal 1903 al 1907 ».

***

In merito a questi rilievi il prof. G. Alessandrini osserva:

« L'abbonato n. 335 domandava *solo* qualche notizia *sulla cura dell'acariasi da grano* e non ho parlato, nella mia risposta, delle *norme profilattiche*, perchè non mi si domandava.

Nessuno mette in dubbio che l'acaro possa trovarsi *sull'orzo*, *sulla saggina*, ecc., ovunque vivono larve di lepidotteri parassiti delle granaglie, dei quali ha bisogno per nutrirsi. La malattia potrebbe, se mai, denotarsi come « acariasi da granaglie » o « da cereali »; ma il nome di « acariasi da grano » è ormai quello che più è in uso, poichè è il grano che abitualmente conferisce l'affezione.

Il nome di *Pediculoides ventricosus* non è stato dato dal Targioni-Tozzetti. Questi nel 1878 istituì il genere *Pediculoides* per distinguerlo dai *Tarsonemus* e dai *Nephrophages* ad esso più vicini. Il nome specifico di *ventricosus* fu istituito appunto nel 1850 dal Newport, che chiamò l'acaro, di cui ci occupiamo, *Heteropus ventricosus* e non *Sphaerogyna ventricosa*, nome conferitogli nel 1885 da Laboulbène e Megnin.

Se poi si dovesse, come accenna lo Sberna, battezzarlo con il nome completo, datogli dal Targioni-Tozzetti, si dovrebbe chiamare *Pediculoides tritici*. Ma le *buone* regole della nomenclatura zoologica vogliono che il nome di un animale porti con sè il nome di quegli fra gli autori che gli dette il nome specifico. Ed il nome dell'autore si deve chiudere fra parentisi, quando il nome generico appartiene ad altro autore.

Se noi, quindi, nel caso del *Pediculoides*, vogliamo applicare *le regole della nomenclatura zoologica*, dobbiamo, come ho fatto sempre io, denominarlo: *Pediculoides ventricosus* (Newport 1850). Se poi, trascurando le norme della nomenclatura, stabilite ed accettate nei vari congressi zoologici, vogliamo far risaltare il nome del nostro Targioni-Tozzetti, dovremo chiamarlo *Pediculoides tritici* Targ.-Tozz. 1878.

Conosco il lavoro dello Sberna sull'argomento (A proposito della nuova malattia di S. Maria a Monte, ossia *acariasi da grano*. Comunicaz. fatta alla Riunione della Società Ital. di Dermatologia. Roma 1908), come il lavoro del Ducrey e di quanti se ne sono occupati, anche perchè io stesso ho avuto occasione di osservare una invasione della quale ho parlato nel *Manuale dell'Igienista* diretto da A. Celli, osservazione che forse molti non conoscono affatto e che certo è una delle prime della letteratura medica.

In ogni modo, ho piacere che lo Sberna, valente dermatologo, non abbia trovato nulla a ridire sulla cura sintomatica che io consigliai ».

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Nuove vedute sull'uso della digitale.

(C. EGGLESTON. *Amer. Journ. of the Med. Sc.* novembre 1920).

Il rallentamento dei battiti cardiaci è stato ritenuto uno degli effetti caratteristici dell'azione della digitale. La più superficiale osservazione avrebbe, però, dovuto far rilevare come spesso tal rallentamento non si verifichi, non ostante si addimostri evidente l'azione benefica della droga. Mercè le osservazioni cliniche col Poligrafo il Makenzie ha dimostrato che la riduzione del numero delle sistoli si avvera, quando esista fibrillazione auricolare, ma, se il ritmo dei seni è normale e non v'è scompenso rilevante, o grande instabilità dell'azione cardiaca, tal riduzione non ha luogo. Essa pure si manifesta come espressione d'intossicazione digitalica, rappresentando allora un certo grado di blocco cardiaco.

Corollario terapeutico di tali constatazioni è che vien meno la principale obiezione mossa alla digitale in casi di scompenso per insufficienza aortica.

Il meccanismo d'azione del rallentamento digitalico è nella stimolazione del nucleo vagale del bulbo, che ha per effetto o la depressione della velocità di formazione dell'impulso nel seno, come quando è normale il ritmo dei seni, o la depressione della conduzione auricolo-ventricolare con diminuzione di velocità dei soli ventricoli fino ad un parziale o completo blocco cardiaco, come quando è sintoma di intossicazione digitalica lieve, o quando vi è fibrillazione auricolare. La digitale altresì, per quello che ci è lecito dedurre dagli esperimenti del Frank sugli animali, e dalle osservazioni del Cushny sull'uomo, ha un'azione diretta sulla fibra muscolare cardiaca, che si rivela con una maggiore portata di riempimento diastolico e maggior forza e maggior completezza di svuotamento sistolico. Ed è perciò che, in caso di scompenso, la digitale, anche senza produrre rallentamento dei battiti, anzi pur producendo blocco cardiaco, è sempre un ristoratore dell'efficienza funzionale del cuore.

Si domanda: una pressione sistolica elevata in un cardiopaziente scompensato, controindica la digitale?

Questo dubbio è basato sul fatto che forti dosi di digitale determinano vasocostrizione sui vasi sanguigni isolati da animali viventi. Tali dosi, però, sono molto al di sopra delle dosi più forti terapeutiche, onde praticamente non ha alcun valore il fatto osservato. Positivamente lo studio di tal questione ha dimostrato che la digitale tende in complesso a riportare le pressioni sanguigne verso il normale, accrescendo la differenza sistolico-diastolica con l'abbassamento della pressione diastolica allorchè questa è elevata, diminuendo la pressione sistolica alta se è accompagnata da dispnea, cianosi, stasi venosa. Sicchè la digitale non è affatto controindicata negli scompensi ad ipertensione sistolica.

Ancora: se la digitale ha un'azione costrittiva sulle arterie coronarie, è essa controindicata nell'angina pectoris?

Accurate ricerche sperimentali del Meyer, del Sakai, ecc. hanno dimostrato che sulle coronarie del cuore, *in situ*, la digitale non esercita alcuna vasocostrizione, e che, se un'azione debba ammettersi, questa è la vasodilatazione attiva, la quale permette un fluire colà di sangue più copioso, come, p. e., la strofantina che ottiene tale risultato invece per via di un altro meccanismo, quello dell'aumento di pressione aortica. Eppoi come mai si può pensare che la digitale abbia vasocostrizione delle coronarie, se essa è un ristoratore del cuore, e come potrebbe ristorare un tale organo col limitargli la nutrizione, con l'affamarlo? Non si può direttamente portare in fisiologia e clinica umana tutto quello che si sia potuto constatare sul cuore degli animali, specie se isolato dal resto del corpo, e operando con dosi straordinarie di digitale. Nè l'aggravarsi causale del polso alternante talvolta sotto l'azione della digitale, rafforza l'obiezione, perchè non è affatto stabilito da osservazioni metodiche che la digitale peggiori il polso alternante. Non in questo, dunque, nè nell'angina pectoris deve ritenersi controindicata la digitale.

Ma deve ritenersi la digitale una droga diuretica?

Se per droga diuretica deve ritenersi una che agisca sull'epitelio o sui vasi renali, la digitale non è certamente diuretica. Essa, invero, aumenta la diuresi, ma per via indiretta, allorchè v'è uno scompenso cardiaco con effusione sierosa nelle cavità o nei connettivi, migliorando la forza del cuore, normalizzando la pressione arteriosa. Se c'è nefrite, la digitale non aumenta la diuresi, a meno che non sia concomitante una meiopragia cardiaca, e allora solamente, rinforzando il cuore, aumenta le urine. E se in un cardiopaziente edemizzato la digitalizzazione non aumenta le urine, o il cuore non ne ha risentita l'azione, o esiste nefrite.

Vi sono anche delle questioni riguardanti la sua somministrazione orale nell'ammalato, a

proposito delle quali è bene premettere che l'indicazione della digitale è data dal grado di scompenso e non dalla causa dello scompenso del cuore, e che, in mancanza di una soddisfacente corresponsione terapeutica, l'indice della positività della sua azione è dato dalla comparsa di qualcuno dei suoi sintomi minori d'intossicazione.

Bisogna tenere a mente tre serie di effetti fisioterapeutici della digitale:

α) *miglioramento clinico*: attenuazione della dispnea, del dolore precordiale, della nausea da congestione splancnica, della congestione epatica; diminuzione di frequenza del polso; aumento della diuresi; minore irregolarità o scomparsa della fibrillazione auricolare. Il grado di questo miglioramento indica se la digitalizzazione va continuata, ridotta, o arrestata;

β) *fenomeni fisiologici indipendenti da azione terapeutica*: prolungamento del tempo di conduzione auricolo-ventricolare, constatabile col cardiogramma; appiattimento o inversione dell'onda T dell'elettrocardiogramma; produzione od aumento di aritmia dei seni;

γ) *fenomeni d'intossicazione lieve*: nausea o vomito; intensa aritmia dei seni; blocco cardiaco parziale o completo; contrazione prematura; ritmo bigemino; dissociazione auricoloventricolare; ritmo nodale; tachicardia ventricolare. Se uno o più di tali fenomeni si trovano, bisogna subito interrompere la somministrazione digitalica.

Per distinguere un'aritmia da scompenso cardiaco da una digitalica solo il decorso clinico può illuminare, specialmente se accompagnato da esame grafico.

Varii sono i metodi di digitalizzazione:

M. delle piccole dosi: per quattro a sei giorni e anche di più se gli effetti non si vedono, prendere cgr. 12-25 di polvere di foglie, quattro volte al giorno, ogni quattro ore o cmc. 1¼-2½ di tintura, per volta.

M. delle grandi dosi: dura 1-2 giorni. Nelle prime 24 ore cgr. 40 di polvere di foglie, o cmc. 4 di tintura ogni sei ore (quattro dosi in tutto); nelle altre 24 ore dose metà per ogni quattro ore (quattro dosi in tutto).

M. del peso del corpo: permette una digitalizzazione completa in 24 ore. È stato introdotto da cinque anni, e si è affermato così bene da bandire del tutto la necessità d'iniezioni endovenose od endomuscolari di preparati digitalici o di altro, nei casi urgenti. È bene scegliere un preparato del quale si sia sicuri perchè garantito dal controllo biologico.

In quanto alla forma noi preferiamo la polvere di foglie o la tintura: dubitiamo dell'infuso, perchè non si può stabilire quanta sostanza attiva estrae volta per volta dalla droga, e respingiamo le specialità delle ditte perchè assai costose. La via orale è preferita perchè la digitale viene ben assorbita dal canale alimentare dell'uomo: ogni dose è assorbita completamente in sei ore, sebbene gli studî elettrocardiografici del Pardee non ancora pubblicati restringano tale periodo a quattro ore.

Si può obbiettare che talvolta il canale digerente assorbe praticamente poca digitale. È vero. L'Hatcher ha dimostrato che il principio attivo della digitale si distingue in una frazione solubile in cloroformio, ed in un'altra insolubile in cloroformio; queste due frazioni non si trovano in quantità proporzionalmente simili in tutti i campioni di digitale; sia l'una che l'altra sono farmacologicamente attive; però la frazione cloroformio solubile è ben assorbita dalle vie digerenti, mentre la frazione insolubile è assorbita per la quarta parte appena, ond'è che se in un campione predomina il principio cloroformio solubile l'assorbimento intestinale è rapido, se predomina quello insolubile l'assorbimento è trascurabile.

È importante rilevare come gli studî contemporanei che hanno assodato un così facile assorbimento del principio attivo della digitale per la via gastrica, abbiano sfatato il sistema classico della cura digitalica della durata di 4-6 giorni, basato sul preconcetto della lentezza dell'assorbimento.

Meno sicuro è l'assorbimento dello strofanto, cento volte più attivo della digitale, che si assorbe lentamente, ma talvolta può assorbirsi, per ragioni ancora ignote, rapidamente e determinare un avvelenamento più o meno grave del paziente: è bene quindi eliminare lo strofanto dalla via orale.

L'azione della digitale persiste almeno quindici giorni dopo l'ultima dose. Il principio attivo viene fissato in piccola quantità sul tessuto cardiaco, ove continua ad esercitare la sua azione.

Una digitalizzazione completa può assicurarsi in 24 ore e talvolta entro le dieci ore dalla prima dose, con questo metodo, e la dose per l'uomo si calcola col dosaggio fisiologico sul gatto.

La sua eliminazione è dimostrato che avviene poi lentamente nella proporzione di circa 20 gocce al giorno di tintura, o grani 1½-2 di polvere al giorno, e pare che vi partecipino attivamente il rene, e assai più il fegato.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Recenti progressi nella chirurgia del rene e dell'uretere.

(D. EISENDRATH. *Medical Record*, 16 ott. 1920).

Soltanto coloro che sono al corrente dei progressi dei metodi diagnostici e terapeutici impiegati in urologia, possono apprezzare i vasti cambiamenti che hanno avuto luogo negli ultimi dieci anni. Si sono conseguite tre specie di progressi: 1° nei metodi diagnostici; 2° nella tecnica operatoria e nell'applicazione dei metodi non operatori di cura; 3° nella più accurata interpretazione di certi sintomi clinici comuni, come la colica ureterale, la piuria e l'ematuria.

1° *Progressi dei metodi diagnostici.* — Sono sopratutto il risultato del perfezionamento della radiografia applicata alle vie urinarie, della chimica del sangue per la parte che riguarda l'urologo, e lo studio batteriologico delle infezioni renali.

Voelcker fu il primo a mostrare che certe soluzioni che dànno un'ombra radiografica, quando vengono iniettate nella vescica, nell'uretere, e nel rene, possono fornire un'apprezzabile notizia delle modificazioni del lume di queste strutture. Il collargolo, impiegato dapprima iniettandolo con una siringa nella pelvi renale, fu subito scartato perchè se veniva spinto con troppa forza passava nella circolazione generale e cagionava la morte, ed ancora, se s'adoperava poca forza, veniva rapidamente assorbito dando origine a una pericolosa e spesso fatale tossiemia.

Il torio fu generalmente impiegato in sua sostituzione, ma il lavoro di Magnon ha mostrato che anch'esso è rapidamente assorbito e può rendersi fatale, come in un recente caso riportato da Weld. L'A. in seguito al risultato di questa esperienza, ha adottato una soluzione di bromuro di sodio al venti per cento, come il mezzo meno tossico per la pielografia, e la lascia scorrere nel catetere ureterale per la pressione della gravità.

Il pielogramma di un rene normale mostra, oltre la porzione ampollare, tre calici maggiori, il superiore, il medio e l'inferiore, da ciascuno dei quali ha origine un certo numero di calici minori.

Le variazioni dal pielogramma normale non sono difficili a discernere, cosicchè la pielografia è il più grande aiuto nella diagnosi di molte affezioni chirurgiche del rene. L'aumento di grandezza delle ombre, con allargamento delle parti strette dei calici maggiori, e la dilatazione a clava dei calici minori ci fa riconoscere una dilatazione infiammatoria o meccanica (idronefrosi) della pelvi renale.

Nella tubercolosi renale l'apparenza erosa dei calici, o la presenza di ombre largamente sparse è molto caratteristica.

Sarebbe impossibile dire in dettaglio delle varie malattie la diagnosi delle quali è divenuta assai più facile da quando s'impiega la pielografia come un mezzo diagnostico di *routine*.

L'ureterografia, il catetere opaco, e l'applicazione stereoscopica dei raggi X hanno fatto diminuire la percentuale di errori nel differenziare le ombre vere (intraureterali) dalle false (estraureterali).

In un recente articolo l'A. ha chiamato l'attenzione sulla necessità di applicare tutti questi metodi come procedimenti più o meno di *routine*.

In un buon numero di casi che presentano il quadro clinico della calcolosi ureterale, la presenza di ombre multiple lungo il tragitto dell'uretere complica singolarmente il problema. In alcuni di questi casi imbarazzanti, solo il catetere opaco, con o senza lastre stereoscopiche, rende possibile decidere quale ombra è dovuta a calcolo, e quali altre sono dovute a varie condizioni (fleboliti, linfoglandole calcificate, calcoli biliari, ecc.) che danno origine ad ombre estraureterali. In altri casi è necessaria l'ureterografia che rivela se vi è una dilatazione nodulare nel luogo del calcolo, o se vi è una dilatazione cilindrica a monte di esso.

Per riconoscere le varie anomalie congenite del rene e dell'uretere, la pielografia e l'ureterografia hanno reso servigi del più grande valore. La condizione conosciuta sotto il nome di distopia congenita del rene, che rappresenta una persistenza dell'originaria posizione embrionale del rene, per la presenza di un'ombra pielografica nella pelvi propriamente detta, o nella fossa iliaca, può esser sospettata. Talora, può essere della massima importanza il riconoscere un rene a ferro di cavallo, un rene fusato, o doppio, o solitario. Altrettanto dicasi della presenza, congenita o acquisita, di entrambi i reni sullo stesso lato. Ciò è possibile con la pielografia ed ureterografia, e dà modo di prestabilire il piano operatorio.

La radiografia da sola già basta a localizzare con sufficiente approssimazione un calcolo del rene, a dire cioè se sia nel bacinetto, in un calice, o nel parenchima. In casi che danno una storia tipica di calcolo delle alte vie urinarie, è stato possibile rendere più intensa un'ombra debole o dubbia impregnando il calcolo con una soluzione opaca ai raggi X mercè il cateterismo ureterale.

Si ha una recidiva di calcoli renali dopo l'operazione nel 10-15 p. 100 dei casi: non si sanno sempre con precisione le cause di queste recidive, ma la fluoroscopia renale come fu recentemente proposta da Braasch e Carman (*J. of A. M. A.*, 6 dicembre 1919) può prevenire almeno le recidive dovute a calcoli sfuggiti all'osservazione.

Nella tubercolosi renale la radiografia da sola è di grande aiuto nella diagnosi, quando è impossibile o dannoso il cateterismo degli ureteri. (v. *Surg. Gynec. and obst.*, giugno 1919, e *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, XXX, 268 del 1919).

2° *Progressi nella tecnica operatoria e nell'applicazione dei metodi non operatori.* — Di grande interesse sono lo studio delle anomalie dei vasi renali, e la quasi generale sostituzione della pielotomia alla nefrotomia.

La presenza di arterie o vene accessorie che vanno direttamente dall'aorta, dalla cava, o dai vasi iliaci al polo superiore o inferiore del rene, costringe l'operatore a mettere in evidenza con cura questi poli per evitare serie emorragie durante o dopo l'operazione.

La nefrotomia per asportazione di calcoli è seguita abbastanza spesso da emorragia secondaria, quindi viene usata sempre meno. La via di elezione è a traverso un'incisione nella faccia posteriore delle vene renali, dove il pericolo dell'emorragia è ridotto al minimo.

Il trattamento delle infezioni renali, di quelle sopratutto che interessano la pelvi, è stato molto semplificato dall'iniezione di antisettici direttamente nella pelvi attraverso il catetere ureterale. Con questo lavaggio pelvico si possono curare severe forme di pielite, che resistevano agli ordinari trattamenti.

Nello studio batteriologico delle alte vie urinarie, gli strisci del sedimento ottenuto con centrifughe ad alta potenza hanno quasi completamente soppiantato le culture e le inoculazioni negli animali.

I metodi non operatori di liberazione dei calcoli ureterali permettono spesso di evitare una operazione, e vanno provati seriamente prima di decidersi per l'atto operativo.

3° *Più accurata interpretazione di certi comuni sintomi clinici.* — L'A. si ripromette di pubblicare prossimamente un lavoro su quest'argomento. Richiama intanto l'attenzione sul fatto che nè l'ematuria, nè la piuria, nè le coliche ureterali devono ritenersi patognomoniche di alcuna affezione particolare del rene. Solo uno studio accurato di ogni caso può evitare di cadere in errori, qui più frequenti che in ogni altra regione del corpo.

DORIA.

NEUROLOGIA.

Epilessia ed isterismo.

(MARCHAND. *Presse Médicale*, 1920, n. 64).

I rapporti tra la epilessia e l'isterismo hanno costituito l'oggetto di molti studî. Le questioni poste al riguardo sono le seguenti: 1° L'isterismo convulsivo si può associare all'epilessia e viceversa? 2° Esistono accessi con caratteri intermediarî tra l'isterismo e la epilessia? 3° Le crisi isteriche possono trasformarsi in accessi epilettici? 4° L'isterismo convulsivo può comparire dopo gli accessi epilettici?

Beau, Esquirol, Moreau ammisero la coesistenza dell'epilessia con l'isterismo. Landouzy per primo dette a questa sindrome il nome di istero-epilessia a crisi separate o distinte. Questa associazione si verificherebbe solo negli individui giovani e, secondo Charcot, l'isterismo si aggiungerebbe all'epilessia a suo tempo, ossia all'epoca della pubertà, per azione di cause diverse e sopra tutto delle emozioni. Questo fatto sarebbe confermato dalle osservazioni di Mutterer, Bratz e Falkenberg, Hermann, Bernhardt, Diller, Orel, i quali constatarono che l'isterismo può comparire anche a distanza di tempo dall'inizio della epilessia.

Bernheim ammette che l'isterismo può essere una complicanza dell'epilessia. Egli spiega così la patogenesi delle crisi isteriche in questi casi: l'aura dell'ictus epilettico è cosciente e lascia nello spirito una impressione che può riapparire per autosuggestione e creare una emozione isterogena.

Vi sono adunque individui che soffrono di crisi epilettiche e di crisi isteriche. Questa associazione si verifica spesso nella epilessia traumatica: durante la guerra se ne sono osservati parecchi casi in feriti cranio-cerebrali. Ma nella comune epilessia il fenomeno è più raro. Charcot constatò crisi isteriche in 30 casi su 276 epilettici, Bratz e Falkenberg in 38 casi su 609 epilettici.

In quanto alla coesistenza di fenomeni isterici ed epilettici durante la stessa crisi i pareri sono più discordi.

Briquet aveva designato queste manifestazioni convulsive con il nome di isterismo ad accessi misti, Tissot e Dubois le chiamarono isterismo epilettiforme. Landouzy, che pure ammise l'istero-epilessia a crisi combinate, ritiene che nei casi nei quali nello stesso accesso si hanno fatti isterici e fatti epilettiformi si tratta di puro isterismo.

Charcot, Selle, Kaiser, Bratz e Falkenberg, Crocq, Bernheim sono della medesima opinione. Altri autori invece, come Trousseau, Chomel.

Gowers, Paris, Binswanger, Nonne, Neisser, hanno descritto accessi intermediari tra l'isterismo e l'epilessia. Le manifestazioni delle due nevrosi sarebbero in certi casi ingranate da aversi una fusione delle due malattie.

In effetti, al lume delle moderne teorie sull'isterismo non v'ha nulla di strano che gli isterici nelle loro crisi convulsive presentino dei fenomeni epilettiformi: ma se la crisi simula la epilessia, non per questo è di natura epilettica. Un isterico vivendo in compagnia di epilettici può simulare un accesso comiziale, ma non si vedrà mai un epilettico simulare una crisi isterica.

Vi sono degli individui che hanno crisi che talvolta paiono più isteriche che epilettiche e viceversa; solo gli isterici hanno questa variazione nelle loro crisi. Gli accessi sono o isterici o epilettici, mai un ibridismo delle due forme. L'istero-epilessia a crisi miste è sempre isterismo. Ed in effetti le crisi cedono al trattamento dell'isterismo, non a quello dell'epilessia.

Si è ammesso che gli accessi primitivamente isterici possono trasformarsi più tardi in accessi epilettici. Briquet, Landouzy, Charcot citano casi di trasformazione dell'isterismo in epilessia. In una tale metamorfosi hanno creduto anche Briffaut, Moreau, Van Swieten, Dunant. Ma evidentemente questa credenza è l'effetto di errori di osservazione. In certi casi si attribuiscono all'isterismo le prime crisi, che in realtà sono di natura comiziale: le sincopi leggere, le assenze di cui soffrono alcuni ragazzi appartengono alla epilessia. In altri casi si tratta di individui affetti da isterismo e da epilessia: questa rimane mentre il primo scompare. Senza dire che un isterico può in secondo tempo diventare epilettico senza che fra le due affezioni vi sia rapporto alcuno.

Conviene ad ogni modo tener presente che la diagnosi differenziale tra crisi isteriche ed epilettiche è talvolta difficilissima e sopra tutto quando si tratta di accessi epilettici atipici. È a proposito di questi casi che si parla di combinazione di crisi isteriche ed epilettiche o di trasformazione dell'isterismo in epilessia.

Gli elementi epilettoidi che un isterico può introdurre in una sua crisi sono i seguenti: caduta brusca con ferita, perdita della coscienza, morsicatura della lingua, convulsioni toniche e cloniche, bava, minzione.

La perdita della coscienza negli accessi epilettici è un fatto costante, negli isterici è un'eccezione. Parecchi isterici pretendono di perdere la coscienza durante la crisi; ma un esame attento dimostra il contrario. Nell'acme della crisi, quando sembra in effetti che la coscienza sia abolita, la sensibilità, i riflessi congiuntivali e tendinei sono conservati e si possono ottenere reazioni nette, movimenti di difesa ben coordinati a certe eccitazioni cutanee o sensoriali.

Talvolta nell'isterismo si può avere la morsicatura della lingua, ma in effetti la lingua è appena lesa alla punta dal digrignamento dei denti. Tuttavia è possibile che gli isterici si mordano la lingua perchè sanno che questo è un sintomo di grande importanza diagnostica.

Per lo stesso motivo durante la crisi isterica può aversi la emissione volontaria di urine, che per altro può verificarsi in seguito agli sforzi del paziente durante il periodo dei contorcimenti.

È assodato che gli isterici non si fanno male durante le crisi. È raro che si feriscano cadendo all'inizio dell'accesso, perchè generalmente hanno il tempo di coricarsi o di stendersi prima che sopravvengano i movimenti convulsivi; ma accade di frequente che si producano ferite o contusioni durante la fase dei grandi movimenti.

È molto raro che in occasione di crisi epilettiche si verifichino sintomi isteroidi. Tali sono al momento dell'aura la sensazione di bolo retrosternale, prima o dopo la crisi l'esecuzione di atti più o meno coordinati, stati allucinatorî. Durante la crisi è stato notato l'opistotono e col ritorno della conoscenza la comparsa di scosse miocloniche. Questi sintomi però non dominano mai la scena morbosa e sono affatto secondarî in confronto dei caratteri nettamente epilettici della crisi; più che altro costituiscono un'anomalia dell'accesso.

La diagnosi differenziale fra epilessia ed isterismo è anche molto difficile quando dopo una crisi comiziale il paziente ha uno stato di agitazione durante il quale si rotola sul pavimento emettendo grida inarticolate, non avendo coscienza, o avendo solo una coscienza confusa di quanto avviene intorno a lui. Per quanto la teatralità del fatto induca a pensare all'isterismo, tuttavia la pratica dimostra che si tratta di uno stato d'eccitazione confusionale post-epilettico sempre seguito da amnesia assoluta.

In conclusione, pochi fatti autorizzano ad ammettere la esistenza di crisi convulsive che siano fenomenicamente la combinazione di crisi isteriche ed epilettiche. In effetti, quando insieme ad evidenti fatti isterici si verificano fatti di dubbia o sospetta natura epilettica è più che probabile che tutti i fenomeni, nessuno escluso, siano dovuti all'isterismo.

dr.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Progressi recenti nella fisiologia gastrica.

(WALTER C. ALVAREZ. *The American Journal of the Med. Sciences*, novembre 1919).

Negli animali inferiori e negli embrioni il tratto gastro-intestinale è un semplice tubo dal faringe all'ano. Più tardi si formano delle espansioni corrispondenti alle singole porzioni: i residui del «tubo primitivo» si possono vedere lungo la piccola curvatura, che è tappezzata da una mucosa simile a quella intestinale.

La ritmicità del tubo primitivo gastro-intestinale discende verso il basso, analogamente alla ritmicità del tubo cardiaco primitivo dall'estremità venosa all'aortica. È noto che quest'ultimo si ripiega poi su se stesso e sviluppa dei rigonfiamenti (orecchiette e ventricoli): ma attraverso queste modificazioni permane una sottile benderella di tessuto primitivo (*pace maker*). Similmente nello stomaco la specializzazione della funzione porta una specializzazione nel muscolo e una perdita nella ritmicità, mentre il muscolo più ritmico si trova lungo la piccola curvatura, con ciò che può forse esser considerato come un *pace maker* nel cardias. Si ricordi però che le funzioni del cuore e dello stomaco sono differentissime: nell'uno l'impulso si diffonde con grandissima rapidità, nell'altro una serie di onde percorre lentamente il sacco.

Tagliando delle piccole striscie di muscolo da punti differenti dello stomaco e gettandole in soluzione di Locke calda e aereata, si è visto che i segmenti presi dalla piccola curvatura più vicina al cardias mostrarono sempre la più grande tendenza a contrazioni ritmiche, mentre pezzi presi dalla grande curvatura, e particolarmente dall'antro pilorico, erano assai lenti a iniziare la contrazione e molti non si contraevano affatto. Queste particolarità si osservarono non solo in vari animali, ma anche nello stomaco di un giustiziato, preso pochi minuti dopo la morte.

Osservando al fluoroscopio, le contrazioni dello stomaco umano sembrano iniziarsi sulla grande curvatura; avvicinandosi all'antro si approfondano e si disegna una incisione su ambedue le curvature, sicchè l'onda sembra quasi tagliare l'ombra gastrica in due.

Secondo l'A. queste differenze locali corrispondono perfettamente alle peculiarità regionali di tono e di ampiezza del muscolo. Delle lastre prese in serie dimostrano che le onde si originano vicino al cardias, ma che qui sono assai deboli: è probabile che esse provengano appunto dalla regione altamente ritmica della piccola curvatura vicino al cardias.

Ma altri fattori influiscono, oltre alla graduazione di ritmicità, sulla direzione della peristalsi. La regione pericardiale è la più irritabile ed ha anche il più breve periodo di latenza, come si vede bene saggiando con stimoli elettrici lo stomaco della rana. La stessa gradazione nel periodo di latenza si vede in pezzetti di muscolo asportati e stimolati in una camera umida calda: metodo questo che permette di vedere delle nette differenze nei tessuti delle diverse parti dello stomaco. Il muscolo cardiale è assai delicato e soffre moltissimo per il trauma, mentre il muscolo dell'antro è assai resistente. Caratteristica è la curva di contrazione delle differenti regioni dello stomaco: la muscolatura del fondo ha una grande tendenza a rimanere contratta tonicamente dopo lo stomolo, mentre il muscolo dell'antro prontamente si rilascia: quest'ultima sembra particolarmente adatta a sostenere il lavoro muscolare attivo dello stomaco mentre il fondo serve a mantenere una forte compressione tonica sul contenuto.

A mano a mano che venivano alla luce queste differenze regionali l'A. pensava che esse potessero avere un fondamento in differenze di struttura chimica e nella intensità del metabolismo.

I primi lavori su questo problema furono fatti sul tenue: si dimostrò facilmente una graduazione di produzione di CO^2 nel muscolo dal duodeno all'ileo, e parallelamente una graduazione nel contenuto di catalasi (il fermento che libera ossigeno dal perossido di idrogeno).

Molti lavori indicano che in certo modo questa sostanza è interessata nel processo di ossidazione.

Sembra chiaro allora che la graduazione di contenuto di catalasi trovata dall'A. nella parete dello stomaco rappresenta una graduazione di attività metabolica: essa corrisponde perfettamente alla graduazione di ritmicità già stabilita.

Scarso è il progresso fatto nel lato anatomico del problema: è stato trovato il tessuto nodale con peculiari cellule gangliari nella zona squisitamente ritmica della piccola curvatura vicino al cardias.

Sebbene si conoscano delle grosse differenze istologiche fra i muscoli striati e il cuore, assai poca attenzione si è posta su questo punto nello stomaco e intestino. Ancora più lavoro dovrebbe farsi riguardo al piloro: non è generalmente noto che v'è una barriera connettivale quasi completa fra la muscolatura dell'antro e

quella del duodeno: solo pochi fasci della tunica longitudinale la attraversano. Ciò spiega il fatto che le onde gastriche, per lo meno quelle visibili a occhio nudo, non passano nel duodeno.

Applicazioni cliniche. — Dopo anni di esperimento è stato stabilito che lo stomaco può compire tutte le sue funzioni soddisfacentemente anche dopo il taglio di tutti i nervi estrinseci. Queste funzioni dipendono probabilmente da differenze graduali in ritmicità, irritabilità, periodo di latenza e metabolismo nell'apparato neuro-muscolare. Se ciò è vero ogni modificazione di queste graduazioni deve influire sulla peristalsi e sul tempo di vuotamento dello stomaco. Tali modificazioni sono state trovate in animali malati. Questa graduazione può essere invertita anche da una lesione irritativa, come un'ulcera peripilorica che innalzerebbe il metabolismo nel muscolo circostante rispetto a quello del cardias: onde probabilmente la anastalsi che si vede talvolta allo schermo.

Molti chirurgi hanno constatato che l'escissione a V di un'ulcera della piccola curvatura è facile che impedisca il vuotamento dello stomaco, mentre una resezione a manica, di solito, dà un risultato assai migliore. Ciò può probabilmente spiegarsi nel seguente modo. Di solito un'onda che si origina nel cardias deve camminare di più sulla grande curvatura perchè questa è più lunga e deve, per assicurare un buon vuotamento, raggiungere il piloro nello stesso tempo da ambedue le parti; l'A. ha potuto talvolta vedere allo schermo questa ineguaglianza nel momento d'arrivo dell'onda della piccola e della grande curvatura (per l'esistenza di un'ulcera o per altre cause). Egli crede probabile che tali differenze nella conduzione vengano ancor più esagerate dopo un'operazione che abbrevia la piccola curvatura.

Osservando la peristalsi gastrica nel coniglio e anche nell'uomo, l'A. crede di aver visto spesso un'onda di eccitazione che cammina avanti alla contrazione visibile. Data la sua più grande irritabilità e il suo più breve periodo di latenza, l'anello pilorico risponde all'eccitazione un poco più presto; la contrazione che ne risulta blocca l'onda peristaltica che s'avanza: ciò può spiegare perchè alcuni stomachi non si vuotano bene nonostante una buona peristalsi e un piloro pervio. Un simile meccanismo l'A. ha potuto osservare talvolta nei gatti all'anello ileo-cecale.

Dissecando le strisce di muscolo si è trovata la sottomucosa nettamente deficiente lungo la piccola curvatura: qui la mucosa è aderente al muscolo assai similmente al modo come lo è la pelle alla fascia palmare della mano. Nel resto dello stomaco, e particolarmente nell'antro, la dissezione è invece facile. Queste differenze possono avere una certa influenza sulla diffusione del carcinoma e sulla penetrazione dell'ulcera.

È interessante che negli animali la regione del bulbo duodenale ha scarsa ritmicità, come si vede ponendone dei pezzetti in soluzione di Locke ossigenata calda. Ciò è probabilmente dovuto alla particolare disposizione a festoni delle fibre muscolari in questa regione. Come si può prevedere, questo segmento relativamente inattivo posto come è fra due altri forti ed attivi tende a rimanere ripieno di cibo per lunghi periodi di tempo.

È ben noto che il cancro assai raramente si origina nel duodeno e che quando comincia nello stomaco non si diffonde attraverso la linea pilorica. Probabilmente ciò dipende da una differenza nell'attività metabolica sui due lati di questa linea. Saggiando il contenuto in catalasi della mucosa si sono ottenute le cifre più basse nell'antro pilorico, le più alte nel duodeno. È stato dimostrato che le cellule embrionali non differenziate, e che crescono rapidamente, perdono la loro capacità di accrescimento quando s'insinuano in tessuti relativamente stabili: questo processo porta alla senescenza e alla morte (1). Può essere allora che quella parte della mucosa gastrica con l'attività metabolica più bassa, sia più vecchia e perciò più soggetta al cancro. I tumori che vi si originano non potrebbero diffondersi in una mucosa che si mantiene giovane per la sua alta attività metabolica.

SEBASTIANI.

(1) Quando il metabolismo si abbassi notevolmente queste cellule possono d'un tratto riacquistare la facoltà di accrescimento.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

A. VAQUEZ et E. BORDET: *Le Cœur et l'Aorte.* Études de radiologie clinique. 3ª edizione, 1920. — Edizione Baillière. — Prezzo 20 Fr.

In un breve volgere di tempo è stata pubblicata una terza edizione della monografia del Vaquez e Bordet sulla radiologia del cuore e dell'aorta. Si può dire che non esista libro di radiologia che abbia tanto incontrato il favore dei medici pratici come quello del fecondo e brillante cardiologo parigino, che, in collaborazione con un radiologo del valore di Bordet, ha saputo fondere armonicamente la tecnica e la clinica.

Questa edizione si è notevolmente ampliata dei capitoli sulla dilatazione patologica e senile del cuore, sulla differenziazione delle ombre dei vasi della base, ecc.

Essa rappresenta la dimostrazione dei progressi incessanti che anche in questo nuovo campo della cardiologia, che molti avevano accolto con scetticismo, si possono ottenere quando si uniscano bontà di tecnica, tenacia nella ricerca, concezione clinica esatta dei quadri morbosi. P. ALESSANDRINI.

A. D. HIRSCHFELDER: *Diseases of the Heart and Aorta.* — J. B. Lippincott Company, Philadelphia a. London, 3ª ediz. — Prezzo scellini 30.

In nitida veste tipografica, con venti tavole e 325 illustrazioni nel testo, vede la luce la terza edizione del libro dell'Hirschfelder sulle malattie del cuore e dell'aorta.

L'opera è divisa in quattro parti, di cui la prima è dedicata ai metodi di diagnosi, con speciale riguardo ai moderni metodi di indagine (pressione, viscosità, metodi grafici ed elettrocardiografici, radiodiagnostica); la seconda parte illustra le leggi generali di cardiopatologia e di terapia, la parte terza è dedicata alle affezioni particolari del cuore, vizi valvolari acquisiti e congeniti, affezioni del miocardio e del pericardio; la quarta ed ultima parte è dedicata alle neurosi e alle ripercussioni sul cuore delle alterazioni della secrezione tiroidea.

Ho voluto riportare estesamente il piano dell'opera, perchè da esso traspare l'intento dell'autore, il quale assolve il suo compito con parsimonia di discussioni e con ricchezza di dati moderni.

Alla chiarezza del testo contribuisce non poco la ricchezza delle illustrazioni, di cui la gran parte magnifiche e bene scelte. Una ricca bibliografia delle opere maggiori completa il volume. *t. p.*

ENGEL C. S.: *Diagnosticher Leitfaden für Sekret und Blutuntersuchungen.* II ed. Un vol. in-8 di 293 pagine con 144 figure ed una tavola colorata. — G. Thieme, editore, Lipsia. Prezzo: Lire 30.30.

Il lavoro è diviso in due parti: in quella generale si danno nozioni sul microscopio, sui principali metodi di colorazione, sui diversi parassiti, sulle teorie immunitarie.

La parte speciale tratta l'esame delle diverse secrezioni dell'organismo (congiuntiva, naso, bocca, orecchio, stomaco, intestino, reni, ecc.) dal punto di vista chimico, microscopico, batteriologico, con molte indicazioni pratiche e con i necessari criteri diagnostici.

Larga parte è fatta allo studio del sangue, sia come tecnica che come malattia degli apparati eritro- e leucoblastici, nonchè sui quadri ematologici nelle diverse malattie.

fil.

NAEGELI OTTO: *Blutkrankheiten und Blutdiagnostik.* III edizione rifatta ed aumentata. Un vol. in-8 di 647 pag. con 34 figure e 18 tavole colorate. — Vereinigung Wissenschaftlicher Verleger, Berlino e Lipsia. — Prezzo L. 50.60 più il 50 %.

Questa opera del noto ematologo sarà accolta con vero favore non solo dai cultori di ematologia, ma dal ceto medico in generale.

Per l'importanza sempre maggiore che vengono assumendo le ricerche sul sangue, è necessario che il medico sia in possesso di nozioni ampie e sicure sulla materia, che il libro del Naegeli gli può offrire. La descrizione della tecnica — microscopica e fisico-chimica — in cui l'abbondanza dei particolari non altera la chiarezza quasi schematica, forma la prima parte. Segue poi lo studio fisico-patologico delle emazie, dei leucociti, del midollo osseo, delle piastrine. Viene da ultimo l'emopatologia, anemie, leucemie, pseudo-leucemie e la descrizione delle alterazioni del sangue nelle diverse malattie. Sono degni di rilievo fra l'altro, lo studio morfologico dei monociti, mielociti, i criteri per la diagnosi precoce della anemia perniciosa, i concetti, che riconducono molte anemie e specialmente la clorosi a disturbi endocrini, ecc.

Belle e dimostrative le numerose tavole colorate, in cui sono riprodotti i diversi aspetti che assumono gli elementi sanguigni anche con leggeri difetti di tecnica nella distensione, nella fissazione, nella colorazione, aspetti che è bene conoscere perchè lasciano spesso nell'imbarazzo chi non ha una lunga pratica negli esami ematologici.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 dicembre 1920.

Presidenza del prof. F. DURANTE, *presidente*.

Nuovo metodo di trattamento delle pseudoartrosi del collo del femore.

Prof. A. LORENZ (di Vienna). — Presentato dal socio prof. Dalla Vedova espone un suo metodo pel trattamento della pseudoartrosi del collo del femore. Attraverso l'estremità superiore del femore pratica un'osteotomia intertrocanterica in modo che il piano del taglio, salendo perpendicolarmente dalla parte esterna inferiore verso la parte interna superiore, termini proprio al di sopra del piccolo trocantere. In tal modo la pseudoartrosi viene separata dall'estremità superiore del femore e quest'ultima viene divisa in due parti. Il frammento superiore contiene la pseudoartrosi, il moncone del collo del femore ed il grande trocantere. Il frammento inferiore è costituito dalla diafisi femorale che termina in punta con il piccolo trocantere. La punta del frammento inferiore viene spostata medialmente fino a puntellarsi contro il bordo inferiore dell'acetabolo o contro la superficie inferiore della testa del femore contenuta nella cavità articolare. L'estremità superiore del femore avrà assunto allora l'aspetto di una forca a due denti. Il dente lungo ed ottuso della stessa è il grande trocantere, il dente corto ed appuntito è l'estremità superiore della diafisi femorale. Ambedue i denti di questa forca restano alla lor base in contatto tra loro e si saldano ossificando. Tale procedimento è detto dall'A. « Biforcazione dell'estremità superiore del femore ».

Punti ossei dolorosi e loro importanza diagnostica e terapeutica.

Prof. R. BASTIANELLI. — Riferisce come da vari anni ha constatato in molti casi di sofferenze non facilmente localizzabili che queste avevano per punto di partenza una determinata e ben circoscritta zona di un osso, delimitabile quasi come un punto: perciò il titolo della comunicazione. Spesso i malati venivano con svariate diagnosi, per lo più di artriti, osteiti tubercolari, spondiliti, o anche di malattie viscerali, del rene, fegato e dell'appendice, mentre in realtà si trattava soltanto di questa speciale affezione, e curata e guarita questa scompariva tutta la fenomenologia. L'O. distingue punti ossei tipici, cioè costanti per sede e richiamanti sempre le stesse possibilità di errore diagnostico, e punti atipici, cioè in parti variabili dello scheletro e per ciò con sindrome varia. I più comuni sono il punto *osseo omerale*, che si trova premendo sulla testa dell'omero medialmente al tubercolo minore, il punto *radiale*, che è sull'apice dell'apofisi stiloide del radio, quello *tibiale*, situato sul condilo mediale della tibia presso il margine articolare; e a proposito di questi discute la diagnosi differenziale coll'artrite della spalla, pugno e ginocchio, e la così detta tendovaginite stenosante di De Quervain. Poi esamina i punti ossei dolorosi delle apofisi spinose, e fa la diagnosi differenziale con la spondilite, e si sofferma più a lungo sul punto osseo *apofisario lombare*, che si trova premendo l'apofisi trasversa lombare 2ª (talora anche la 1ª) proprio sull'apice e che dà luogo spesso a diagnosi di lesioni renali, od ovariche, o di nevralgie. Oltre questi ricorda come assai importanti i punti ossei dei corpi vertebrali che si trovano premendo sulla faccia laterale dei corpi vertebrali lombari o II o IV, talora osservati in unione coi dolori apofisari trasversi, e che dànno luogo alle più svariate diagnosi e spessissimo a quella di appendicite. Sul bordo costale si trova spesso un punto dolorosissimo, e ricorda casi operati da chirurgi anche esperti, per colecistite o per calcolosi della cistifellea, e che seguitavano a soffrire malgrado l'operazione e che guarirono perfettamente con la cura appropriata. Tali punti ossei dolorosi si trovano per la massima parte in donne e sono connessi a stato neuropatico, artritico, o anche a tubercolosi o a infezioni buccali. L'esame istologico di pezzetti di osso e periostio asportati non ha dimostrato alterazioni grossolane, sicchè l'entità morbosa è oscura e probabilmente deve risiedere in un'alterazione delle terminazioni nervose nel periostio là dove si attaccano legamenti.

L'O. presenta vari casi e li illustra, ed espone le sue vedute che in questa malattia rientrino molte altre affezioni variamente battezzate e nelle quali egli ha trovato sempre un punto circoscritto e dolente, quali, ad es., la così detta spina isterica, ginocchio isterico, la coccigodinia, l'epicondilite, il piede doloroso di Morton, la talalgia talora, e la tarsalgia in alcuni casi con dolore ben circoscritto in un punto dello scafoide.

La cura è l'iniezione ripetuta di acido fenico al 3-5 % dieci-venti gocce proprio sull'osso nel preciso punto dolente, e in casi ribelli è l'iniezione di alcool. Certo anche questa cura talora, ma di rado, non dà risultati pronti e perfetti.

Perfezionamenti tecnici nella ricerca del bacillo difterico.

Prof. M. PERGOLA. — Dopo aver rilevato che il terreno classico per la ricerca del bacillo difterico, il siero di Löffler, per svariate circostanze fallisce non tanto di rado, fa notare che indiscutibili vantaggi si sono avuti soltanto dopo introdotto l'uso del tellurito di potassio.

Avendo riconosciuto che il giallo d'uovo è un materiale molto confacente alle esigenze nutritive del bacillo difterico, l'O. ha studiato alcuni terreni contenenti il giallo d'uovo ottenendone risultati anche migliori che col terreno di Conradi e Troch. Dà la costituzione dei terreni ed accenna al modo di conservare già pronti per l'uso i materiali necessari per l'allestimento di questi terreni di cultura, e infine, allo scopo di ottenere colonie isolate, che meglio si prestano all'indagine macroscopica e microscopica, consiglia di praticare la semina non strisciando il tampone stesso con cui si è prelevato il materiale patologico, ma emulsionando detto materiale in pochi cmc. di brodo o soluzione fisiologica sterile e seminando questa emulsione alla superficie delle piastre mediante una bacchetta di vetro.

Il taglio cesareo transperitoneale sul segmento inferiore dell'utero.

Prof. P. GAIFAMI. — Riferisce su 7 casi operati personalmente nel corso dell'anno con la seguente tecnica: Incisione mediana longitudinale sottombelicale, partendo dal pube, per circa 10 cm. Aperto l'addome, riconosciuta la piega vescico-uterina, si solleva qui la sierosa e la si seziona trasversalmente per 7-8 cm. I due lembi di sierosa vengono scollati rispettivamente in alto e in basso, in modo da denudare un tratto sufficiente di segmento inferiore. Si riparano con compresse i margini della ferita addominale in modo da evitare un inquinamento della grande cavità peritoneale. Si incide longitudinalmente la parete uterina e si procede all'estrazione del feto, riuscita di solito facile facendo ruotare l'occipite in avanti e aiutandosi con la spremitura sul fondo dell'utero. Dopo il secondamento sutura dell'utero a punti staccati in seta. Al di sopra dell'utero sutura continua a direzione trasversale del peritoneo, per lo più in catgut. L'operazione è completata con la consueta sutura a tre strati della parete addominale. Il decorso dell'operazione, l'andamento post-operatorio sono stati sempre favorevoli. E. GROSSI.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 30 ottobre 1920.

Note sulla malaria latente e congenita.

P. PENNATO. — L'O. prende in particolare esame l'adrenalina e il metodo di Abram, e ricordando la sua nota pubblicata 25 anni or sono, insiste sulla opportunità del massaggio della milza.

L'O. porta poi un contributo alla discussa questione della malaria congenita.

L'O. ricorda la sua prima osservazione (1897) in cui da madre morta di perniciosa malarica con cachessia estrema, il feto che era al 5º mese, aveva colorito ottimo e in singolare contrasto coll'aspetto esangue dei visceri della madre: in questi vi era il massimo inquinamento di *plasmodium praecox* e la caratteristica melanosi; nel feto nessuna traccia di emosporidi, nè di lesioni viscerali. Nella nuova osservazione il feto aveva invece raggiunto il 9º mese, esso pure presentava buon colorito in contrasto con la gravissima anemia materna. Nel sangue assenza di plasmodi malarici, ma all'esame istologico si trovarono lesioni epatiche riferibili alla malaria.

E la diversità dei reperti è in relazione col fatto che la difesa (meccanica e funzionale) della placenta è in alcuni casi completamente efficace, in altri no, specie in fine di gestazione, donde la possibilità di infezione completa o di infezione modificata, o di immunità completa.

L'orecchio e il naso nel sistema antropometrico di Leonardo da Vinci.

G. FAVARO. — L'O. mette in evidenza che nella sua recentissima monografia Bilancioni si è giovato largamente degli studi dell'A. sul «Canone e sulle misure e proporzioni del corpo umano secondo Leonardo», senza citare la fonte. A. DIAN.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Adunanza del 10 dicembre 1920.

Sulla dermatite pruriginosa prodotta da parassiti dei cereali.

CALLARI. — Comunica alla Società di aver osservato nello scorcio dell'estate e nei primi mesi dell'autunno di quest'anno un numero considerevole di casi di una dermatosi che ha colpito a preferenza gli adulti nella classe dei contadini.

L'O. fa noto all'assemblea che nel 1914, a Palermo, fu osservata e studiata dal prof. Philipson, direttore di quella clinica dermosifilopatica, una malattia cutanea pruriginosa identica alla presente e che fu allora attribuita all'acaro della fava guasta secca.

SORRENTINO. — La malattia in parola è l'acariasi del grano, descritta dal Ducrey sin dal 1908, e prodotta dall'*Acarus tritici* o *Pediculoides ventricosus.*

Herpes zoster e varicella.

RICCARDO FUÀ. — Riferendo le osservazioni di Bokai e del Low e le conclusioni loro che l'agente infettivo della varicella possa talvolta manifestarsi — sotto speciali contingenze — come *Herpes zoster*, e che possa l'una malattia provenire per contagio dell'altra, obbietta che le conclusioni di Bokai e del Low sono senza dubbio premature e affrettate.

Crede sia utile e doveroso aumentare ancora le osservazioni prima di concludere per l'unità eziologica delle due malattie.

BELLAVITIS. — Illustra un caso di *paralisi progressiva eredo-luetica* manifestatasi in un ufficiale di 26 anni, figlio di padre alcoolista e sifilitico.

SALUSTRI. — Comunica un caso di *fibromi multipli sottocutanei.*

Prof. D'ALESSANDRO. — Comunica il caso di una *calcolosi epatica decorsa silenziosamente* in vita e trovata solo al tavolo anatomico in una donna, morta per cachessia cancerigna in seguito ad un epitelioma della faccia.

Dott. SALVOLINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Diagnosi e trattamento delle malattie emorragiche.

Il processo normale dell'emostasi di piccole ferite comprende diversi fattori: 1° la retrazione e contrazione del vaso; 2° la fuoriuscita delle piastrine, che, normalmente libere nella corrente sanguigna, aderiscono ad ogni corpo estraneo od alla parete vasale lesa, ammassandosi e formando un vero turacciolo all'estremità del vaso, dove poi interviene; 3° la coagulazione.

R. C. Larrabee (*Boston med. and surg. Journ.*, 5 agosto 1920) per lo studio della coagulazione indica due prove semplici, che possono eseguirsi al letto dell'ammalato. L'una consiste nel *tempo di sanguinamento*: si pratica una puntura, con lancetta a bistori (non con un ago!), al lobulo dell'orecchio, e si assorbe delicatamente il sangue, ogni 30 secondi, con carta da filtro: normalmente, il sanguinamento cessa dopo uno-tre minuti, secondo la profondità della puntura e lo stato di congestione dei capillari; se la durata supera gli otto minuti, trattasi di condizioni nettamente anormali, come si osserva nella cirrosi ed in altre malattie epatiche (assenza di fibrinogeno) o quando si è in presenza di piastrinopenia, ciò che può mettersi in rilievo con preparati colorati.

Un'altra prova consiste nel *tempo di coagulazione*, che si determina prelevando circa 2 cmc. di sangue dalla vena e mettendolo in una provetta (lavatura di questa e della siringa con soluzione fisiologica), che si mette poi diritta: ogni minuto la si inclina leggermente, per vedere se il sangue scorre. Quando la provetta può essere rovesciata senza che il sangue cada, la coagulazione è completa: ciò si verifica normalmente in 4-8 minuti; se invece avviene dopo 12 minuti indica condizioni decisamente anormali. Quando si lasci in riposo per qualche ora il tubo, il coagulo si retrae: la mancanza di retrazione indica notevole diminuzione di piastrine. Oltre a queste due prove, vanno eseguiti la numerazione dei corpuscoli e l'esame del preparato colorato; quest'ultimo serve anche per avere un'idea sulla quantità di piastrine.

Nel *gruppo aplastico* di malattie del sangue, il principale e, spesso, l'unico fattore è dato dalle piastrine, di cui si trovano normalmente 300,000 per mmc.; quando tale numero diminuisce a 1/5 o meno, si ha manifesta tendenza all'emorragia.

Nella *porpora emorragica*, l'unica lesione è la diminuzione delle piastrine nettamente visibile nel preparato colorato; è prolungato il tempo di sanguinamento, normale quello di coagulazione; l'eventuale anemia concomitante è secondaria all'emorragia e benigna. In stretta relazione con tale malattia è l'*anemia aplastica*, in cui il midollo osseo non produce un numero sufficiente di piastrine, di neutrofili, ed anche di emazie. Si hanno quindi, nella numerazione dei corpuscoli, numeri eccezionalmente bassi. L'anemia si sviluppa rapidamente e precede di solito le emorragie. L'emorragia dipende dalla deficienza di piastrine e di sostanze da essa derivanti; il tempo di sanguinamento è prolungato e, in grado minore, quello di coagulazione.

Nella *leucemia* vi è di solito tendenza all'emorragia: vi è una specie di aplasia del midollo, in cui gli elementi normali sono sostituiti da iperplasia del tessuto leucemico. Nel tipo linfatico vi è altresì una notevole diminuzione di piastrine, conseguente aumento del tempo di sanguinamento e coagulo non retrattile. La malattia, salvo nella fase aleucemica, è facilmente riconoscibile dall'aspetto del sangue nel preparato colorato, è, di solito, accompagnata da tendenza all'emorragia, tendenza che è impossibile frenare e che deve far evitare ogni operazione in questi pazienti, a meno che la prova di coagulazione sia normale.

Nell'*anemia perniciosa* si può pure avere tendenza all'emorragia: la diagnosi però non dipende dallo studio della coagulazione.

Anche in malattie febbrili (influenza, tifoide), in cui si ha tendenza alle emorragie, si può osservare mancanza di piastrine, leucopenia ed altri segni di deficienza midollare.

In deciso contrasto con queste forme è l'*emofilia*, malattia ereditaria che si osserva nei maschi ed è trasmessa dalle femmine: in essa non si osservano solitamente emorragie spontanee, ma piuttosto in seguito a ferite. La malattia è dovuta a deficienza di protrombina, uno degli elementi connessi con la coagulazione: il tempo di sanguinamento, il numero dei corpuscoli e l'aspetto del sangue sono normali; così pure le piastrine sono normali in numero se non in qualità, la retrazione del coagulo si compie normalmente: è invece allungato il tempo di coagulazione, che arriva fino ad un'ora. Gli stessi fenomeni si hanno nella *malattia emorragica dei neonati*, che però dura solo per i primi giorni di vita; vi sono però dei casi anomali con porpore congenite ed infezioni congenite; la caratteristica è sempre l'allungamento del tempo di coagulazione.

Emorragie si osservano in *malattie del fegato e delle vie biliari*, specialmente nell'ittero cronico da ostruzione, in cui si possono avere gravi emorragie all'atto operatorio. La causa va attribuita alla dificienza di calcio nel sangue; prima di procedere a qualsiasi atto operativo, si deve ricercare il tempo di coagulazione; se questo è normale, si può procedere all'operazione.

Anche nella *cirrosi epatica* può manifestarsi tendenza ad emorragie: il tempo di sanguinamento è prolungato: normali sono le piastrine ed il tempo di coagulazione, però il coagulo è flaccido: queste condizioni sono dovute a mancanza di fibrinogeno e debbono far sospendere ogni atto operativo.

Anche altre malattie (scorbuto, porpora semplice) sono associate con emorragie, in dipendenza da mancanza di tono vasale, da emboli, da cause ignote.

Per quanto riguarda il *trattamento*, occorre tener presente che esso può ottenere l'effetto di arrestare l'emorragia, ma tale risultato è soltanto temporaneo, salvo nei pochi casi in cui la malattia stessa è transitoria.

Le applicazioni locali non danno risultati molto soddisfacenti; gli antichi astringenti (percloruro di ferro, allume e simili) sono inefficaci; le soluzioni di epinefrina arrestano spesso le emorragie dalle mucose, ma hanno azione affatto passeggera. La cefalina ed altri estratti di tessuti (coagulene, coagulose, ecc.) hanno più efficace azione locale nella deficienza di piastrine come nella emofilia: sono affatto inattivi per iniezioni endomuscolari, quelle endovenose sono sconsigliabili per la formazione di emboli.

I sali di calcio sono utili quando l'emorragia è dovuta alla loro deficienza, come nell'ittero cronico da ostruzione; in tali casi, come preparazione all'atto operativo, quando è allungato il tempo di coagulazione, si darà il lattato di calcio a forti dosi (g. 6.5 al giorno), per bocca.

Il siero animale contiene, quando è fresco, della protrombina, la quale è deficiente nell'emofilia e nella malattia emorragica dei neonati; essa però scompare in poche ore; quindi il siero vecchio è meno che inutile. Il valore del siero antidifterico si basa sull'empirismo.

La somministrazione endovenosa del sangue intero è quasi la panacea di tutte queste malattie, salvo per quelle derivanti da deficienza di calcio; si possono usare i tubi al citrato o quelli paraffinati; il beneficio nelle malattie a piastrinopenia è transitorio, poichè le piastrine non durano più di quattro o cinque giorni. Ad ogni modo, a parte i benefici per l'anemia, la trasfusione è un mezzo efficace, per quanto transitorio, di arrestare l'emorragia.

fil.

Anemia grave nella nefrite azotemica.

Da molto tempo (Aubertin et Yacoel, *Presse Médicale*, n. 47, 1920) è nota l'esistenza di anemie nei brightici. Finora il concetto della diluizione del sangue sembrava sufficiente a dar spiegazione di queste anemie nei nefritici. Ma l'esistenza di casi di anemia a tipo pernicioso ai nefritici e l'assenza al refrattometro di diluizione sanguigna in circostanze del genere dimostravano l'insufficienza dell'antica patogenesi. È sopratutto nelle nefriti *non* edemigene che sono stati descritti corsi di anemie gravi. Widal, Abraim e Brulé pubblicarono un caso di anemia grave in una nefrite azotemica. Gli AA. ne riferiscono due casi: in uno anemia e nefrite si sono svolte parallelamente: migliorando le condizioni renali, migliora l'anemia; aggravandosi l'azotemia aggrava anche l'anemia così detta perniciosa con reazione midollare quasi insignificante.

Nella seconda osservazione l'anemia non fu constatata che negli ultimi momenti della malattia.

In questi casi non si poteva invocare la diluizione del sangue a spiegazione dell'anemia perchè quella non esisteva. Dai casi esposti e da quelli pubblicati risulta un nesso tra azotemia ed anemia: l'anemia sembra legata all'azotemia.

Ciò non ostante gli AA. pensano che all'infuori dell'azotemia possono esservi fattori diversi a causa dell'anemia. Non si può dire se la ritenzione nel sangue di urea o di altre sostanze possa essere dovuta quest'anemia degli azotemici. Il regime latteo, povero in ferro e spesso protratto, non può intervenire: nei nefritici non azotecnici non sono per niente o poco anemici. È dovuta l'anemia ai perturbamenti della digestione che nelle nefriti azotemiche sono così spiccati e frequenti?

La patogenesi delle anemie nei nefritici azotemici resta ancora oscura ed è lontana dall'esser semplice come si riteneva una volta. L'anemia negli azotemici è interessante per la sua gravità, per la sua frequenza e, quando assume il tipo pernicioso, è interessante perchè può fare misconoscere la malattia fondamentale che va rintracciata allora con la ricerca dell'ipertensione e dell'azotemia. Per quanto riguarda il reperto ematologico in queste anemie va notato come queste si accompagnino ad una polinucleosi (80 %) con cifra leucocitaria quasi sempre normale e diminuzione fino alla scomparsa degli eosinofili: la reazione mieloite è scarsissima o nulla forse perchè il midollo è colpito profondamente dal processo tossico. L'anemia degli azotemici quando assume questo tipo ha un decorso rapidamente fatale.

D. MAS.

Ferro ed Ematopoiesi.

La terapia col ferro delle Anemie secondarie contiene molti elementi vaghi e mal definiti. La deficienza di esso nel corpo e in una conveniente dieta, depone assai contro il bisogno di una particolare somministrazione del ferro per supplire ad una tale deficienza. Il suo dosaggio, inoltre, più che in rapporto con la quantità utilizzabile nella formazione dell'emoglobina, è in rapporto con la quantità che può tollerare lo stomaco. Si ritiene, perciò, che il ferro non riesce utile, perchè concorra alla formazione dell'emoglobina, ma perchè è uno stimolante degli organi emopoietici, specie del midollo osseo.

Nella fondazione Hooper presso l'Università della California, la presente questione è stata a lungo studiata. Si è trovato che il ferro, sotto forma di pillole di Blaud nelle Anemie secondarie non ha influenza di sorta; l'emoglobina invece ha un'azione nettamente favorevole. I fattori dietetici sarebbero molto importanti. Infatti alcuni tessuti animali, come il cuore di manzo, il magro di manzo, il fegato, ecc., da soli, o mescolati con altri alimenti stimolano energicamente l'emoglobinogenesi. Non così i loro estratti acquosi. È di grande interesse l'osservazione fatta, che la rigenerazione del sangue dopo un'emorragia può continuare anche durante il digiuno: evidentemente le proteine cataboliche forniscono le unità strutturali per il nuovo rosso pigmento azotato. In tal caso, anzi, l'aggiunta di zucchero nell'alimentazione attenua l'emopoiesi. Questo si spiegherebbe con la funzione di risparmio proteico che compiono i carboidrati, che limitando la distruzione delle albumine, limitano altresì la produzione dei « frammenti catabolici » da cui si formano le nuove emasie. Tali proteine sono gli amino-acidi, il cui tipo speciale e la quantità adatta sono alla base di ogni processo di rigenerazione del sangue. È la fisiologia degli amino-acidi che ci troviamo di fronte ancora una volta. (*The Journ. of the American Medic. Association*, 9 ottobre 1920).

GENTILE.

Sull'opportunità curativa dei farmaci vasodilatatori.

L'uso dei farmaci vasodilatatori, quali il nitrito d'amile e la trinitrina costituisce una indicazione d'urgenza, nei casi in cui lo spasmo vasale esplode o si esacerba in modo irruento e tumultuoso. Al di fuori di tale indicazione netta, che risponde ad una cura puramente sintomatica, la somministrazione di altri medicamenti, che si ritengono pure vaso-dilatatori, può essere utile, ma forse per ragioni diverse da questo effetto. Tale è p. e. il caso dello jodio, che pure è rimedio principe negli stati angiospastici, ma che invece, secondo ricerche sperimentali di Marfori ed altri avrebbe azione vaso-costrittrice. Altri elementi sono quindi in causa per determinare gli effetti benefici dello jodio, e fra essi si possono citare la diminuzione che provoca nello stato viscosimetrico del sangue, la sua azione antisettica e microbicida, l'azione stimolante sulla produzione di leucociti. La sua grande diffusibilità attraverso i tessuti fa accelerare le correnti osmotiche; esso è quindi un potente linfagogo ed accelera le correnti escretive degli emuntori dell'organismo, e rappresenta un elemento di azione disintossicante. (A. Ferrannini, *Riforma medica*, 1920, pag. 885).

Analoghe osservazioni si possono fare per l'estratto di vischio (guipsina) in cui i varî principî attivi hanno effetti antagonistici sul lume vasale, esercitando però nel complesso un'azione vagotonica e diuretica. È appunto questa che ne giustifica l'uso negli stati morbosi angiospastici, in cui si danno giornalmente 6-10 pillole da cg. dieci ciascuna.

La *teobromina* esercita effetti benefici nell'angina pectoris, più che per l'azione vasodilatatrice, per l'aumento della diuresi e la diminuzione dello stato viscosimetrico del sangue. Anche per il *veratro verde*, di cui si danno 20-100 goccie al giorno dell'estratto fluido, non si può dire quanta parte spetti all'azione vasodilatatrice e quanta invece a quella sedativa generale.

Nella somministrazione di tutti questi medicamenti, però, bisogna procedere con la massima circospezione quando lo spasmo dei vasi è associato con lesioni delle rispettive pareti, in quanto che se queste sono rigide per ateromasia o sclerosi, o se il lume vasale è ristretto, si possono avere gravi conseguenze, per lesioni vasali che si manifestano con emorragie cerebrali, intestinali ed edemi cerebrali, polmonari.

Come medicazione puramente sintomatica nelle sindromi angiospastiche, sono assai usati il nitrito d'amile (2-5 goccie per volta), la trinitrina, l'associazione dei nitrati e nitriti (bicarbonato di sodio gr. 20: nitrato di potassio g. 10; nitrito di sodio g. due; acqua g. 300: 1-3 cucchiai nelle 24 ore), il tetranitrolo (5-10 mg.). Passato però il periodo acuto, l'uso dei farmaci dilatatori forma un semplice elemento della cura complessa.

fil.

Formulario.

PILLOLE FERRUGINOSE (*Lyonnet e Boulad*).

Metilarsinato sodico . . . . cg. due
Tartrato ferrico-potassico . . cg. dieci
Estratto di liquirizia . . . cg. quindici
p. una pillola.

NOTE DI TECNICA.

Metodo chimico pel dosaggio dello zucchero nel sangue

Mackenzie Wallis e Gallagher descrivono: (*The British Medical Journal*, n. 5068, 1920) un metodo per determinare lo zucchero del sangue basato sulla proprietà del glucosio di trasformare in ossido un sale di rame disciolto in soluzione alcalina e sulla produzione di una colorazione bleu carico per reazione dell'acido fosfomolibdico sull'ossido di rame.

Si raccolgono, dalla puntura di un dito, alcune gocce di sangue su un pezzetto di carta assorbente: se si è pesata prima tale carta e se la si pesa dopo la raccolta del sangue si saprà la quantità del sangue ivi esistente.

In seguito si mette la carta impregnata di sangue in un tubo da saggio contenente c.c. 3.6 di acqua distillata onde far disciogliere lo zucchero contenuto nel sangue. Si precipita l'albumina con l'acido tungstico e si filtra: si mescolano 2 c.c. del filtrato con 2 c.c. della soluzione titolata cuprosodica. Il miscuglio si lascia 6 minuti a 100° a bagnomaria, poscia vi si aggiungono 2 c.c. di soluzione d'acido fosfomolibdico e si completa con c.c. 12.5 di acqua distillata: la soluzione è nettamente colorata in bleu.

Tale procedimento si usa con una soluzione campione di glucosio all'1 per 10,000 ottenendo una colorazione bleu che corrisponde al 20 di una scala colorimetrica.

Per il dosaggio si aggiunge dell'acqua distillata al tubo contenente lo zucchero del sangue fino ad ottenere una colorazione identica a quella del tubo campione: conoscendo il peso del sangue sul quale si è operato è facile risalire al per mille di zucchero contenuto nel sangue.

MONTELEONE.

Le culture microbiologiche applicate alla ricerca degli zuccheri nelle urine.

Utilizzando la proprietà di diversi funghi di fermentare i vari zuccheri, Castellani prima, Castellani e Taylor poi, esposero un nuovo metodo per il riconoscimento degli zuccheri nelle urine. L'urina deve essere asettica, e qualora ciò non sia possibile, è bene sterilizzarla mantenendola per 30 minuti, a due riprese, nella stufa di Koch. L'urina viene distribuita in tubi, con l'aggiunta di eguale quantità di acqua peptonizzata all'1 %. Ad ogni tubo viene connesso un tubicino di Durham per la raccolta del gas, e dopo la semina del fungo il tutto viene lasciato in termostato a 35° per 48 ore.

Per la ricerca del glucosio il Castellani usa la Monilia balcanica, per quella del levulosio, la Monilia balcanica e la Monilia Krusei, poichè mentre la prima fermenta solo il glucosio, la seconda fermenta il glucosio e levulosio. L'assenza di fermentazione nel tubo seminato con la M. balcanica e la presenza di gas in quello seminato con la M. Krusei dimostrano il levulosio.

Così per il lattosio occorre seminare due tubi, uno con il B. pseudoasiaticus, ed un altro con il B. pseudocoli, essendo solo il pseudocoli capace di fermentare il lattosio, sul quale nessuna azione dimostra il pseudoasiatico. Per il maltosio si seminano due tubi, uno con la M. Pinoy, l'altro con la M. Krusei, poichè la prima fermenta glucosio, maltosio, levulosio, la seconda soltanto glucosio e levulosio. Per il galattosio si usano la M. metalondinensis e la M. Pinoy, avendo la M. metalondinensis la proprietà di fermentare gli stessi zuccheri della M. Pinoy, più il galattosio.

La ricerca del saccarosio si compie seminando la M. tropicalis, che determina sviluppo di gas da saccarosio, in confronto con la M. metalondinensis che attacca gli altri zuccheri ad eccezione del saccarosio. Così per ricercare l'inulina, si usa la Monilia Rhoi, e la M. macedoniensis, fermentando quest'ultima gli stessi zuccheri della prima più l'inulina.

Quando un'urina contenga diversi zuccheri, utilizzando le proprietà dei suddetti funghi è possibile anche con diverse successive semine porre in evidenza le varie qualità di zuccheri in essa presenti.

TR.

IGIENE.

La commestibilità del latte andato a male ?

Contro l'opinione corrente che molti disturbi digestivi e le tossicosi alimentari dell'infanzia siano dovuti al latte, che ha subito fermentazioni spontanee, si sono elevate in questi ultimi tempi alcune critiche. Rietschel (*Münchener med. Wochenschrift*, 1920, p. 35), che si è posto il problema di utilizzare per l'alimentazione dei poppanti anche il latte che spontaneamente inacidisce durante la stagione calda, viene alla seguente conclusione: « La teoria chimica e batteriologica della nocevolezza del latte acido per l'alimentazione dei poppanti, manca di ogni appoggio: essa è una ipotesi non dimostrata. Noi possiamo affermare con certezza, con la nostra esperienza desunta da una lunga serie di osservazioni su bambini, di non aver mai osservato un solo disturbo, che si potesse ricondurre soltanto al fatto che il latte era acido ».

H. Perger (*Ibidem*, pag. 1468), ha considerato la questione dal punto di vista fisiologico, studiando particolarmente l'influenza dell'acido lattico sullo svuotamento dello stomaco; ha osservato che l'azione di questo è affatto simile a quella dell'acido cloridrico e che il primo può anche sostituire il secondo dal punto di vista terapeutico. Ritiene così di aver confermato, dal punto di vista fisiologico, le opinioni di Rietschel auspicando che il latte « guasto » (*verdorbene Milch*) possa venir presto annoverato fra i nostri mezzi terapeutici.

Queste conclusioni ci sembrano per lo meno affrettate tanto più quelle di Perger, che riguardano soltanto esperienze praticate sulla motilità gastro-intestinale di cani con fistola al di sopra della valvola ileo-cecale. È vero che la somministrazione di latticello e di latte, reso acido da particolare fermentazione è entrata da tempo nella pratica terapeutica, ma trattasi in tal caso di fermenti selezionati, di cui è nota l'innocuità dei prodotti terminali. Invece il latte che subisce la fermentazione spontanea è invaso da germi d'ogni specie fra cui alcuni nettamente dannosi. Fino ad indubbia prova contraria è dunque prudente attenersi al latte normale, oppure inacidito con i particolari fermenti lattici a ciò destinati.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1265) All'abb. n. 11,247:

Testi di Ostetricia completi e recenti non ve n'è di italiani, perchè di quello di PESTALOZZA-RESINELLI-CLIVIO-VICARELLI è pubblicato sinora soltanto il 1° volume (*Fisiologia della gravid.-parto*).

Sono consigliabili:

Il BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT: *La pratique de l'art des accouchements.* 3e édit. — Asselin et Houzeau.

Il RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE: *Précis d'obstétrique.* — Masson.

Il BUMM (tradotto in italiano) è ottimo per le figure, ma assai succinto e schematico nel testo.

Per i prezzi occorre rivolgersi a un Libraio chè, con gli aumenti attuali, non ci si orizzonta.

A. di S.

(1266) Ai dottori Paolo Budini da Figline Valdarno, Silvio Umana da Lucca ed altri:

Il Manuale di Pediatria pratica del FLAMINI si sta alacremente stampando e fra una quindicina di giorni tutti coloro che ce ne rimisero l'importo riceveranno il volume in piego franco e raccomandato, per quanto le raddoppiate tariffe postali imponessero ora un'aggiunta al mite prezzo corrispostoci.

L. P.

(1267) Al dott. D. P. da Spoleto:

Difficilmente troverà un lavoro che tratti di proposito le enterocoliti emorragiche, ma troverà svolto l'argomento a proposito delle varie forme di enterocolite ulcerosa di varia origine in tutti i trattati diffusi di malattie dell'intestino.

t. p.

(1268) Al dott. M. A., New York:

Non abbiamo in Italia giornali specializzati per malattie del ricambio.

t. p.

VARIA

La carotinemia.

Hess e Myers hanno osservato, per l'uso alimentare delle carote in due bambini di un anno, la comparsa di un colorito giallo della cute, senza la compartecipazione delle congiuntive e con nessuna alterazione delle urine. Gli AA. hanno riprodotto questa xantodermia in altri bambini coll'alimentazione di carote. In tali esperimenti il pigmento comparve nel sangue e nelle urine dopo un certo periodo di tempo.

(*Rif. Med.*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DIBATTITI PROFESSIONALI.

Ancora sull'Assicurazione Malattie.

Riceviamo:

Chiar.mo dott. Verney,

Si discute non colla pretesa di convertire il contraddittore, ma coll'intento di chiarire equivoci e di determinare un diverso orientamento nel pensiero degli uditori e dei lettori. Perchè ciò avvenga è necessario che chi ha sentito l'una campana senta anche la seconda, è necessario che al suo poderoso articolo del 13 dicembre io risponda non sul *Medico Condotto,* ma sul *Policlinico* che cortesemente mi ospita.

Le sono prima di tutto obbligato dell'erudita dimostrazione che anche all'Estero c'è il servizio di condotta. L'avevo sentito ripetere tante volte il ritornello che la condotta è istituto esclusivamente italiano, oggetto di invidia delle altre Nazioni, degno da conservarsi almeno come cimelio patriottico, che quasi avevo finito col credervi.

Più sotto Ella mi fa dire che lo Stato dovrebbe contribuire all'assicurazione malattie con 270 milioni all'anno. Quando mai m'è sfuggita una simile eresia? I miei primi calcoli pubblicati sulla *Rassegna Sociale* del luglio 1918 concludevano per una integrazione da parte dello Stato per L. 107,628,083. Non mi ribellai quando il prof. Devoto in Commissione chiese a bruciapelo al ministro Dante Ferraris 150 milioni. Ma più tardi, rifatti i conti, sulla *Medicina Italiana,* tenute presenti le strettezze finanziarie dello Stato, ho ridotto il suo contributo a L. 57,000,000. E recentemente, quando pareva che il progetto minacciasse di naufragare per la resistenza della Ragioneria Generale del Tesoro, ammisi che si dovesse attuare il progetto anche senza l'aiuto dello Stato, bastando a compensare la cifra da me prevista un aumento del 3 per 1000 sulle retribuzioni da parte dei datori di lavoro e dei lavoratori complessivamente. E ciò anche in rapporto al concetto fondamentale da me sostenuto che le assicurazioni debbano essere il più possibile istituzioni di previdenza e non di provvidenza.

Ma veniamo al nocciolo del nostro dissenso, la libera scelta e le modalità del compenso ai medici.

Io, assorbito tutto prima dal lavoro professionale, poi dalle cure dell'Associazione, non posso competere con Lei in dotte citazioni. Noto però che tra le sue prevalgono i nomi inglesi, e non mi meraviglio punto che una razza eminentemente individualistica e liberistica non trovi di suo gusto tutto ciò che sente di organizzazione collettiva o anche solo lontanamente di protezionismo. Ella si professa un semplice studioso che non esercita, e che non ha quindi prevenzioni interessate, e si sente in grado di conciliare le esigenze dei medici con quelle del pubblico. Io attingo la presunzione sull'attendibilità de' miei giudizi precisamente dall'opposta fonte, dalla pratica vissuta, accompagnata e vigilata da un vecchio dilettantismo di studi sociali. Ora, dal mio punto di vista pratico trovo razionale che la scelta dei medici, a cui affidare una delle più importanti e delicate funzioni sia di fronte all'individuo che alla Società, debba farsi per concorso. Difendo questo principio come una sudata conquista della nostra classe, che ha posto fine ad una lunga serie di favoritismi, nepotismi, procacciantismi ed ingiustizie, ma sento di doverlo difendere anche nell'interesse del pubblico. Il diritto della libera scelta, il coefficiente morale delle guarigioni sarebbero menomati e offesi, se il medico ci venisse imposto da autorità estranee, come ci tocca subire il parroco o il magistrato che ci piovono dall'alto ad amministrare le nostre anime e i nostri diritti magari in seguito a punizione; non già quando i nostri mandatari scelgono il migliore fra quanti a quel determinato posto dimostrano di aspirare.

Ella obietta che una volta nominato quel medico si burocratizzerà, si fossilizzerà. Tenga presente che specialmente dove la libera scelta sarebbe possibile, nelle città, ivi esisterà sempre un largo margine di clientela pagante a stimolare l'emulazione, sulla quale Ella fa tanto assegnamento. Ma nel quadro ch'io vagheggio ci sarà un'emulazione assai più seria e profittevole di quella impiegata nel *saper fare* con zeli eccessivi, adattabilità compiacenti, salamelecchi servili, che non sono tutta l'arte della concorrenza, ma ne sono una gran parte. Quando il medico saprà che per raggiungere una promozione, per passare ad un posto migliore dovrà dar prove concrete del proprio valore, sentirà bene il bisogno di studiare continuamente, di acquistare cognizioni un po' più profonde di quelle che occorrono *pour épater les bourgeois.*

Un'altra considerazione pratica. La libera scelta in senso assoluto è un assurdo in regime assicurativo: nessuna Cassa potrà mai assumersi la spesa delle visite a un nevrastenico che consulti dieci specialisti al giorno. Mi pare di aver capito che Ella pure per libera scelta intende la facoltà dell'assicurato di designare all'atto dell'iscrizione il suo medico di fiducia. Ma in tale ipotesi nove decimi degli assicurati designeranno il professorone; gli altri medici si contenderanno l'osso del decimo che rimane. A questo inconveniente Ella, Verney, propone di ovviare lasciando facoltà al professore (che non può curare tutti i suoi iscritti) di farsi coaduivare e sostituire da altri colleghi: libera scelta per procura. Io, ammessa l'applicazione transitoria della libera scelta, ho proposto di limitare il numero degli assicurati che si iscrivono presso ciascun medico: una specie di albo chiuso dei clienti, in modo che chi trova completo l'albo del medico che preferisce, scelga tra gli altri disponibili. Orbene, coll'una e coll'altra soluzione la libera scelta resta limitata od elusa: tant'è allora limitarla con criterio razionale come è quello dei concorsi. Ella dice che il volgo «per un inconscio e mirabile istinto è non di rado assai miglior giudice che le Commissioni esaminatrici», ma sa che il suo è un paradosso. Oh perchè allora non incaricherebbe degli esami di laurea, qualche autentico

esponente del pubblico, poniamo una portinaia, un pizzardone, e il salumiere qui nell'angolo?

Ed ora mi favorisca una spiegazione. Riconosciuta l'instabilità della clientela e degli introiti in regime di libera scelta, Ella propone di rimediarvi collo stipendio-base (che dovrebbe essere inversamente proporzionale ai redditi della clientela) da accordarsi «a tutti i medici di zona». Chi sono questi medici di zona? Quelli nominati in numero limitato per concorso, o quelli innumerevoli designati dalla libera scelta? In tal caso ai mille e più medici di Napoli che riuscissero ciascuno ad impossessarsi d'un assicurato, Ella dovrebbe dare un'indennità compensatrice. E questo si vorrebbe dire «vuotare le casse».

Vede a che condurrebbero in una legge concreta certe astrazioni sul diritto intangibile della libera scelta, sull'inconscio e mirabile istinto del volgo, sui fattori psichici di guarigione?

Passiamo ora al compenso per visite. Il più grave difetto del sistema consisterebbe, secondo Lei, nel non rispondere agli scopi profilattici delle Assicurazioni. Io dico solo che la sua preoccupazione sarebbe giustificata quando l'assicurato povero dovesse pagare del suo la visita. Ma quando la visita sia a carico della Cassa, quell'assicurato chiamerà il medico colla stessa facilità e sollecitudine, che ora il ricco: e non si può certo sostenere che oggi la profilassi pei ricchi sia meno intensa e pronta che quella pei poveri. Tanto più che il medico quando sa che alla visita corrisponde il compenso accorre subito, mentre se è stipendiato *à forfait*, c'è per lo meno probabilità che si faccia un po' aspettare. Il compenso a visite secondo Lei determina nel medico uno stato angoscioso di dubbiezza tra il timore di danneggiare la sua tasca col fare troppo poche visite, e quello di danneggiare la sua riputazione col farne troppe. Ma non si è mai reso conto dello stato d'animo ben più angoscioso, che ha determinato la nostra insurrezione contro la condotta piena (la limitazione della libera scelta combinata col sistema capitario non è che la condotta piena), stato d'animo determinato dall'iniquità di un compenso fisso per un lavoro indefinito, stato d'animo consistente in un senso di avvilimento progressivo (far bene o far male, tanto la paga è sempre la stessa), che ci tarpava ogni voglia di studiare, di zelare la professione, di tentare il nuovo? Lei dirà che questa è preoccupazione egoistica di classe. No, no. La classe potrebbe benissimo accontentarsi delle 24, delle 30 mila lire che Le si offrono per ogni condotta che resti piena; ma chi di quello stato d'animo subiva e subirebbe le conseguenze esiziali è proprio la collettività.

Resta la preoccupazione per il fallimento finanziario delle Assicurazioni, che secondo Lei dovrebbe essere indeprecabile conseguenza del compenso a visite. Io potrei contrapporre il fallimento sanitario che per le ragioni suaccennate dovrebbe essere la conseguenza fatale del pagamento *à forfait*, e invitare il collega Verney a scegliere il male minore. Ma preferisco escludere senz'altro che gli abusi dei medici possano essere più che qualche rara eccezione; e ciò non perchè io creda che i medici siano tutti stinchi di santi, ma perchè il posto di medico di zona colle garanzie già conquistate pei condotti, e con quelle che ci ripromettiamo per l'avvenire, offrirà tali vantaggi che nessuno vorrà giuocarli per arraffare una volta tanto qualche centinaio di lire più dell'onesto, esponendosi al pericolo di essere licenziato, o di avere comunque rovinata la carriera. Giacchè non è detto che per cogliere un medico in flagrante occorra la sorpresa d'un'ispezione, o un'inchiesta colle prove documentarie e coll'escussione testimoniale. Mi diceva l'egr. amico dott. Fabbri, già direttore del servizio sanitario delle Ferrovie di Stato, che attraverso ai referti e alle statistiche egli sapeva pesare tutti i suoi medici di riparto meglio che se li avesse conosciuti personalmente.

Sui «centri medici» ho detto altrove perchè Ella non può essere d'accordo con me. Lei è un teorico, che, quando alza gli occhi dal libro, vede fuori la distesa dei tetti di una grande città tutta unita, dove la divisione del lavoro e gli aggruppamenti professionali sono fattibili, anzi già fatti; io sono un pratico che fuori della finestra vedo monti e valli punteggiati di villaggi e casolari dispersi, dove dalla città vicina arriverebbero sempre tardi anche le automobili dei medici inglesi. E non insisto.

Infine solo lieto di annunciarle che l'augurio, col quale Ella chiude il suo articolo, si va già compiendo su larga scala per iniziativa della mia Associazione: le Mutue Sanitarie per i semi-abbienti si vanno moltiplicando, e compensano proprio le visite a tariffa con piena soddisfazione e dei medici e del pubblico. Le confiderò qualche cosa di più: in una zona tutta conquistata da socialisti molto intelligenti, i Sindaci si sono dichiarati disposti ad affidare alle Mutue anche l'assistenza ai poveri: così fin d'ora anche le visite ai poveri sarebbero compensate a tariffa proprio come quelle dei signori, e si precorrerebbe coll'esempio il regime assicurativo.

Come vede, sono ligio al metodo sperimentale e spero con questo di tenermi lontano da ogni cieco infatuamento come da ogni «inesplicabile fobia». Esprimendo per Lei la stessa speranza, cordialmente suo

A. MARTINELLI.

***

Non possiamo esimerci dal fare alcune considerazioni su questo vivace articolo dell'illustre presidente dell'A. N. M. C., articolo ammirevole per abilità di argomentazioni ma in cui il mio cortese contradittore è caduto nel difetto che mi appone: cioè si lascia fuorviare da preconcetti che demoliscono le sue critiche.

Il Martinelli si compiace di attribuirmi alcune idee assurde, per dimostrarne poi la fallacia. È davvero stupefacente ciò che egli mi fa dire nei riguardi dei medici di zona. Ma dai miei scritti traspare forse la possibilità, sia pure lontana, che i medici di zona, aventi diritto all'indennità residenziale, vengano nominati senza limitazioni di numero, il che importerebbe sicuramente «vuotare le Casse»?

Il partito preso fa dunque velo agli occhi sagaci del Martinelli, o egli ricorre a ingrati metodi polemici? Fors'anche i miei articoli non hanno avuto la fortuna di essere interamente letti da lui. Poichè se li avesse letti, gli sarebbe risultata con indubbia evidenza la tesi, da me sostenuta con calore, che le zone o circoscrizioni mediche dovrebbero coprire le attuali condotte, mentre è proprio il Martinelli che intenderebbe di moltiplicarne il numero, riducendone l'estensione! E ciò perchè egli vorrebbe rendere possibile il fiduciariato, eliminando la libera scelta, a vantaggio dei soli medici di zona.

A costo di ripetermi dirò che, a mio modesto parere, converrebbe affidare mansioni limitate ai medici di zona: più specialmente l'obbligo della residenza per il servizio di pronto soccorso e l'obbligo di tenere aperto un ambulatorio in ore determinate. I medici condotti divenuti medici di zona conserverebbero gli attuali emolumenti e i diritti acquisiti (con eventuali revisioni e migliorie che tendano all'equiparazione). Si tratta di compensi molto modesti, anzi addirittura esigui, inferiori alla media degli introiti realizzati dalle classi così dette lavoratrici, rispetto alle quali i medici hanno molto maggiori bisogni effettivi e, quindi, sarebbe equo che fossero meglio compensati.

I medici di zona integrerebbero questi introiti fissi, con le competenze loro spettanti per le prestazioni agli assicurati ed alle famiglie di assicurati, in concorrenza con i colleghi — a parte l'esercizio libero agli abbienti.

Rimarrebbe, dunque, immutato l'attuale ordinamento, comprese le nuove nomine per concorsi; salvo che, invece di dipendere dai Comuni, i medici di zona dipenderebbero dall'Istituto provinciale ed avrebbero mansioni d'obbligo ridotte.

Per concretare le idee, supponiamo che un medico di zona percepisca L. 10.000 d'indennità residenziale e che l'assistenza agli assicurati e alle famiglie di assicurati gli rechi altre L. 20.000: i suoi proventi risulteranno triplicati. I colleghi che non hanno l'obbligo della residenza e dell'ambulatorio, essendo più liberi e disponendo di più tempo, potranno ottenere introiti medi egualmente elevati in regime di libera scelta.

Confido di essere stato chiaro e che non vi sia alcuna possibilità di equivoci... a meno di non voler giocare a non intendersi!

***

La libera scelta non è una soluzione ideale, lo sappiamo; ma è quanto di meno peggio possa attuarsi tra le varie modalità di prestazione d'opera.

Vige nella pratica corrente: perchè dovrebbe divenire causa di mille guai nella pratica delle assicurazioni — dato che si tenga distinto, fin dove è possibile, il servizio fiscale da quello curativo?

Quando un malato o chi per esso ha bisogno dell'assistenza di un medico ed è libero di fare la scelta, suole istituire un confronto mentale tra parecchi medici, in base a molti elementi, ma sovratutto ai risultati di altre cure: in questo senso il suo giudizio è prevalentemente sperimentale, ed in ciò consiste il suo valore. La fama dei medici più ricercati non è forse in gran parte dovuta ai giudizi dei profani, i quali sono guidati dal semplice buon senso? Ben altra cosa è l'esame a cui il candidato viene sottoposto da commissari che hanno, dalla loro, un'indiscussa competenza, ma che devono giudicare della coltura e delle attitudini professionali del candidato in brevissimo tempo e quasi mai in base agli aspri cimenti della pratica: anche a voler prescindere dai favoritismi e dalle inframmettenze, il loro verdetto risulta quasi sempre manchevole: quanti medici bocciati e stroncati nei concorsi non sono poi diventati bravissimi ed illustri? L'idea di chiamare il salumiere a far parte delle Commissioni esaminatrici è certo spiritosa e può valere come artificio dialettico, per chi non vuol rendersi conto della sostanziale diversità fra i due giudizi; ma non sposta i termini del problema.

Astraendo da queste considerazioni, non consentire ai medici di essere scelti ed ai malati di eseguire la scelta, significherebbe la negazione di quella dinamica individualista, che è fattore di progresso e di civiltà e che nel campo sanitario porta indubbiamente ad accrescere l'efficienza dei servizi resi.

Equivarrebbe, inoltre, a decurtare i diritti degli assicurati di fronte a quelli degli abbienti; rispettiamo nei limiti del possibile il principio dell'eguaglianza nei diritti, che risponde a ragioni di moralità e di giustizia, per quanto ne derivino alcuni inconvenienti ed abusi non dirimibili, come la possibilità di una concorrenza sleale da parte di medici poco scrupolosi.

La libera scelta non può attuarsi in modo incondizionato nell'assistenza sanitaria assicurativa: poche o molte limitazioni sembrano inevitabili. Per esempio, la scelta deve necessariamente esser fatta per un lungo periodo, poniamo di sei mesi, allo scadere dei quali essa viene tacitamente confermata o fatta cadere su di un altro medico. Ma è assurdo che si possano consultare dieci specialisti al giorno. E sarebbe insensato che l'Istituto assumesse il pagamento di tutte queste visite. Come potrei aver detto o pensato qualcosa di simile, se combatto il pagamento a visite?

Per concludere su questo argomento, aggiungerò che la libera scelta era stata accolta dalla Commissione ministeriale di cui faceva parte Martinelli. In seguito egli, nei suoi scritti, si è dimostrato recisamente contrario. Ma tutte le volte che nei congressi faceva approvare, senza restrizioni, lo schema di legge della Commissione, dava a credere di essersi ricreduto. La sua resipiscenza sarebbe stata encomiabile, poichè abbassa la nozione del carattere chi lo subordina all'immobilità della pertinacia. Se non che, nei suoi articoli od in articoli da lui approvati, egli dichiarava ed illustrava, poi, la sua inflessibile ostilità!

Questo stato di doppia coscienza è forse interessante; se io avessi il genio di Janet, ne trarrei argomento di una brillante dissertazione; ma non giova a chiarire la questione.

Da ultimo il Martinelli ha abbandonato la sua ostinata intransigenza, dichiarandosi disposto a

concedere che la libera scelta sia attuata in via transitoria. Mi si permetta di credere, in base a questo indizio, che il suo stato d'animo di angosciante indecisione è ormai superato.

***

I termini della contesa si ridurrebbero, così, al pagamento a visite.

Il dott. Martinelli ci dà notizia che *si vanno moltiplicando* le mutue con pagamento a visite, promosse dai medici condotti. Si tratta, dunque, di un esperimento *in via di attuazione*: aspettiamo, prima di affermare che esso costituisce un «experimentum crucis». Intanto non rinneghiamo gli ammaestramenti di ripetute prove già fatte, le quali dimostrano che il pagamento a visite, senza limitazioni, è una chimera irrealizzabile, salvo per piccole mutue con uno o pochissimi medici i quali conoscono la potenzialità della cassa e si regolano da sè in conseguenza o si vincolano a vicenda. Negli altri casi l'onere finanziario diviene fatalmente, prima o poi, insopportabile per l'Istituto assicuratore: si crea così una causa di contrasti, di litigi, di fermenti, che spesso tralignano in vessazioni e in controlli, in ostruzionismi e in sabotaggi, ecc., ecc., e che ostacolano, se non paralizzano, il funzionamento dell'Istituto. È giocoforza correre ai ripari; per es. stabilire delle restrizioni, come la riduzione proporzionale con appalto collettivo o la «Pauschale»; ma allora la quota delle visite si assottiglia sempre più, diviene quasi irrisoria, talvolta evanescente: il lavoro professionale risulta sproporzionato ai compensi, il lavoro di scritturazione si rende ingrato e gravoso, non mancano i controlli molesti e talvolta umilianti, infine la gestione amministrativa si fa complicata e costosa ed assorbe a vuoto molta parte degli introiti delle assicurazioni.

Altre volte, invece, si cade nel *forfait* più o meno larvato, che spegne nel medico ogni spirito di particolare iniziativa: siamo tutti d'accordo nel riconoscere come, di regola, questa forma d'appalto ingeneri uno stato di torpore professionale, che esclude ogni progresso; d'altra parte sappiamo troppo bene che non costituisce mai una «sinecura»: anzi rende facile lo sfruttamento dell'opera prestata. Cerchiamo, dunque, di starne lontani.

Infine, altre volte si passa alla retribuzione del medico per capitazione o abbonamento, con libera scelta.

È questa la soluzione più logica, più naturale, più vantaggiosa e che conviene subito adottare; essa elimina ogni elemento di debolezza, aumenta ogni feconda concorrenza, risponde ad una finalità profilattica, semplifica e rende economica la gestione amministrativa. Per fissare le idee, se il medico X riceve 1200 iscrizioni (tra assicurati e assistiti non assicurati) e se per ognuna gli competono L. 10 semestrali, durante un semestre egli percepirà L. 12.000, pagabili dall'Istituto in rate mensili di L. 2000. Qualora i clienti non restino soddisfatti, alla fine del semestre esulano e quindi si riduce il numero delle quote; se, viceversa, i clienti accreditano il proprio medico tra gli altri assicurati, il numero delle iscrizioni cresce, fino a superare il limite massimo stabilito per ciascun medico: poniamo di 3000. Allora si prospettano due vie: scartare un certo numero di postulanti, oppure chiedere la cooperazione di uno o più colleghi meno ricercati, perchè meno esperti o meno fortunati, così che la media numerica della clientela non superi il limite predetto; il medico più quotato ne ritrarrebbe un vantaggio morale ed anche economico.

Data la limitazione nel numero dei clienti, è da escludere che un medico possa rimanere con un numero esiguo d'inscrizioni, a meno che egli non sia del tutto insufficiente ed incapace.

Quanto ai professoroni che, secondo Martinelli, verrebbero assediati... essi non fanno i medici di assicurazione. Comunque, se un medico molto accreditato accedesse nei folti ranghi dei medici che accettano le condizioni dell'Istituto assicuratore e se raccogliesse un numero ingente di inscrizioni e perciò avesse bisogno dell'aiuto di altri colleghi, non si tratterebbe di addivenire a deleghe o di consentire sostituzioni; difatti spetterebbe a lui di regolare, vigilare, dirigere il servizio, di assumere la cura dei casi difficili ecc.; se non lo facesse, i clienti migrerebbero.

Asserire il contrario, sarebbe come sostenere che p. es. nella clinica Mayo, la quale dà lavoro a forse 150 medici, i pazienti che vi affluiscono numerosissimi non traggano beneficio dalla direzione e dallo spirito d'organizzazione dell'Istituto, anche se non vengono visitati e operati personalmente da uno dei due direttori.

Le cooperative tra più sanitari consentirebbero un'utilissima divisione del lavoro: diverrebbero così un avviamento ai «centri medici».

Malgrado tutti i miei sforzi di buona volontà, non sono riuscito a comprendere come tra questa organizzazione e la deprecata condotta piena possa stabilirsi, non dirò un'identificazione, ma neppure una qualche similitudine.

***

Riguardo ai centri medici, mi sembra intuitivo che debbano giovarsi in larga misura del concorso di specialisti; quanto meno, che debbano mettere a contributo competenze varie. Ond'è che tali Istituti potranno fornire il massimo rendimento nelle città e nelle cittadine, ove già si è differenziata la specializzazione; ma non ho escluso con ciò che ne sorgano anche, numerosi e modesti, nei comuni rurali più popolati o più accessibili.

Perchè, intanto, non si comincia ad organizzarli, a complemento delle mutue, le quali ne verrebbero rese più efficienti e più ricercate? Oppure, più semplicemente, quali istituti autonomi che offrano un'assistenza medica superiore? Molto più che l'iniziativa privata è sempre preferibile a quella degli enti pubblici.

Se ne rileverebbero così i vantaggi e gl'inconvenienti, se ne accerterebbero i limiti di praticità e il grado di utilità prima di passare all'applicazione su larga scala.

Mutue e centri medici già costituitisi verrebbero sistemati, a suo tempo, nell'orbita delle assicurazioni.

***

Non mi dissimulo di essere incorso in una svista materiale che il Martinelli pone in rilievo sul principio della sua lettera.

Essa è imputabile, in parte, al Cingolani, il quale raffrontava due dati non omogenei (i 100 milioni di cui parlavo io dovevano essere forniti dallo Stato, i 270 milioni cui si riferiva il Martinelli dovevano provenire dallo Stato e dagli Enti locali: di modo che nessun rapporto il Cingolani avrebbe dovuto stabilire tra questi due termini dissimili). Dalla sua confusione è derivato il mio abbaglio, che parrebbe inesplicabile: avevo scorto soltanto un errore di aritmetica dove se n'era insinuato anche uno di logica. L'equivoco, reso più facile dall'attuale svalutamento del denaro, non attenua dunque gli appunti che mi ero permesso di muovere al Cingolani, del quale tutti noi riconosciamo il valore e l'opera di pioniere, ma che qualche volta si mostra alquanto inconsiderato.

In questo campo vi sono fattori d'incertezza numerosi. Perciò mi sembra superfluo indugiarsi per ora su computi parziali, che dovranno essere riveduti e coordinati investendo tutto il problema delle assicurazioni, data l'instabilità del mercato monetario e la precarietà delle finanze degli Enti interessati.

***

Un'elementare prudenza consiglia di non avventurarsi senza maturo esame in un'impresa di tanta mole, qual'è quella di cui stiamo occupandoci, la quale non soltanto involge la riforma dell'assistenza sanitaria, ma racchiude inevitabilmente uno sviluppo potenziale di contraccolpi economici e di ripercussioni politiche.

Nella disorganizzazione di tutti i servizi, mentre intere classi di cosidetti proletari vegetano a carico della nazione, e da partiti incoscienti sono messe in antagonismo con le classi colte che costituiscono il maggior fattore della produzione e del benessere, dobbiamo preoccuparci che servizi socialmente così importanti come quelli sanitari, affidati a professionisti di alta coltura, non seguano le sorti comuni ad altri servizi pubblici, per non avere ben ponderato tutti gli elementi della riforma che si prepara, o per essersi lasciati sviare da preconcetti, o per aver avuto una visione troppo unilaterale del problema.

Data la complessità di questo problema, è bene che se ne occupino e vi convergano attitudini e preparazioni diverse; quindi, per quanto modesto, credo che il mio contributo non sia da respingere. Anzi giova ascoltare la voce di un estraneo agli interessi che si agitano: a chi sta dentro un bosco, la visione degli alberi suole nascondere quella del bosco.

D'altronde, bisogna valutare le ragioni per ciò che valgono e non per le persone da cui provengono.

***

Questo dibattito mi ha consentito di fissare con sempre maggiore fondatezza il mio punto di vista, con tranquilla e sicura fermezza, con parola netta ed esplicita, ma senza infatuazioni, senza apriorismi, senza pericolose intransigenze. Ho coscienza di non meritare i rilievi del genere che mi sono stati fatti. Sono prontissimo a recedere da opinioni che mi si dimostrino erronee; ma fin'ora mi sembra di non dover mutare.

Col Martinelli abbiamo trovato un punto di incontro e di contatto nel riconoscere l'utilità della discussione: di una discussione serena, anche se un po' vivace. Siamo pienamente d'accordo nel proposito di formulare tutte le obbiezioni possibili ed immaginabili, di raccogliere e vagliare tutti gli elementi, di compiere tutti i tentativi d'approssimazione, per giungere alle soluzioni più soddisfacenti, facendo tacere gli egoismi di classe o di categoria, come pure gli inconsiderati altruismi; senza grettezze, ma anche senza abdicare gli interessi legittimi; ispirandosi ad alte finalità etiche e sociali, ma schivando le utopie. Scopo nostro è di contribuire, con diversi mezzi ma con forze convergenti e con unità d'intenti, a costituire un organismo vitale, forte, robusto.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione italiana fra i medici infortunisti.

Il 26 gennaio, nella sede dell'Ordine dei Medici di Roma, fu fondata la Sezione romana della Federazione, costituita recentemente a Torino, fra i medici infortunisti. Alla riunione parteciparono circa 30 medici appartenenti alle Ferrovie dello Stato, alla Cassa Nazionale Infortuni, alla Croce Rossa Italiana, all'Ispettorato sanitario del Lavoro del Comune, ad alcuni Sindacati che esercitano l'assicurazione contro gli infortuni, ad Istituti di patronato per gli operai. Presiedette la riunione il dott. Polidori, che portò il saluto ai convenuti augurando che la nuova Associazione, della quale fanno parte tanto i fiduciari degli Enti assicuratori quanto quelli degli operai, formi il nucleo attorno a cui si dovranno appresso riunire tutti i medici che si occupano di assistenza sanitaria sociale.

Il dott. Gabrielli spiegò gli scopi della Federazione, che oltre ad esercitare azione sindacale per la tutela degli interessi dei medici infortunisti, curerà che questa classe di sanitari sia chiamata a partecipare alla discussione e redazione delle misure legislative riguardanti le assicurazioni sociali. Lesse quindi lo schema di Statuto della Federazione e di Regolamento per la sezione.

Tutti gli articoli furono approvati, dopo discussione, che fu viva specie a riguardo dei requisiti da richiedersi per potere far parte dell'Associazione. Alla discussione presero parte i dottori Zevi, Valenti, Senigaglia, Polidori, Gabrielli ed altri.

A grande maggioranza fu approvata la proposta del prof. Diez, tendente ad escludere quei medici che non esercitino in modo continuativo e prevalente l'infortunistica e che non siano retribuiti a stipendio fisso da Enti assicuratori o da Istituti di patronato e Associazioni sindacali per la difesa degli operai.

Fu confermato in carica, per costituire il Consiglio della Sezione romana; il Comitato promotore composto dei dottori De Gregorio, Diez, Gabrielli, Polidori, Ranelletti, Zevi.

Furono incaricati a rappresentare la Sezione nel convegno indetto a Torino il 2 febbraio dalla Federazione i dottori Polidori, Gabrielli e Diez.

I medici condotti interini sono obbligati ad inscriversi negli Ordini.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale della Sanità pubblica — con circolare 14 dicembre 1920 richiama l'attenzione delle Prefetture sul fatto che in parecchi casi le Amministrazioni comunali per supplire alla mancanza od assenza di medici condotti hanno assunto in servizio provvisorio medici-chirurgi non inscritti in alcun albo di Ordine dei medici.

Osserva che il medico interino non è un impiegato del Comune, ma un semplice prestatore di opera, mediante un compenso pattuito; nessun rapporto d'impiego intercede fra il medesimo e l'Amministrazione, ma unicamente un rapporto contrattuale di mero diritto privato.

Pertanto il medico stesso è da considerarsi come un libero professionista e deve essere quindi inscritto in un albo per poter esercitare la sua professione anche in quella forma speciale da esso temporaneamente prescelta.

A proposito di assistenti universitari.

Riceviamo:

Nel numero di novembre u. s. del «Giornale di Clinica medica» si legge di un voto emesso dalla Federazione nazionale assistenti universitari sull'opportunità di un più regolare e giusto movimento del personale assistente. Il giornale invoca a tal proposito dal Ministro la rimessa in vigore del Regolamento Baccelli (1886) che fissa i limiti d'età per gli aiuti e gli assistenti universitari.

La cosa sarebbe, più che giusta, doverosa; specialmente in tale periodo della vita nazionale in cui la guerra ha spostato molti valori intellettuali e morali. Solo infatti chi ha cospicua posizione per censo può davvero istruirsi in Italia; data la irremovibilità di molti aiuti e assistenti universitari (fra i quali non pochi hanno perduta o non hanno mai avuta la speranza di giungere alla cattedra) e che occupano il posto a puro scopo di *réclame* professionale.

Ma più ingiusto è forse quanto riguarda il trattamento di favore fatto a quella categoria di assistenti ospedalieri addetti alle cliniche universitarie, i quali, *nominati senza concorso*, occupano per un numero indefinito di anni il posto, mentre i loro colleghi, *dipendenti dalla stessa amministrazione ospedaliera*, durano in carica solo due o tre anni. Con quale profitto della giustizia e del divulgamento della cultura medica, non è chi non veda!

Il «Policlinico» farebbe bene, colla sua autorità, ad alzare la voce perchè si facesse un po' di luce anche su questo punto oscuro della vita universitaria italiana.

Un abbonato.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8657) *Stabilità - Ufficiale sanitario - Incompatibilità.* — Dott. A. M. da C. — L'obbligo della nomina mediante concorso fu posto dalla legge del 25 febbraio 1904, la quale andò in vigore 15 giorni dopo la sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale,* che avvenne il 6 marzo 1904. La sua nomina senza concorso avvenuta nel giorno 25 febbraio 1904 è, dunque, pienamente valida e produsse l'acquisto della stabilità dopo un triennio di prova, come l'antica legge prescriveva. Il Comune non può ora bandire nuovo concorso per la nomina del titolare della condotta, che fu, a suo tempo, legalmente assunto in servizio. Incompatibilità legale non esiste per l'ufficiale sanitario, che abbia un parente farmacista, massime ora che tali funzionari non eseguono più ispezioni alle farmacie. Contro il decreto del Prefetto con cui lo si esonera dallo incarico di ufficiale sanitario per l'allegata incompatibilità può produrre ricorso alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato od a S. M. il Re in linea straordinaria.

(8658) *Caro-viveri ai pensionati.* — Dott. G. A. da O. — Nessun caro-viveri è stato concesso ai medici condotti pensionati. Ai medici condotti in servizio fu concesso il caro-viveri di lire 100 se ammogliati e di lire 65 se celibi o vedovi senza prole.

(8660) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. A. da R. V. — Per gli impiegati governativi l'ultima indennità caro-viveri concessa è di lire 100 mensili oltre il supplemento giornaliero di cent. 85 per ogni persona a carico, compreso il coniuge. Però agli impiegati comunali tale Decreto non è ancora applicabile.

(8661) *Pensioni.* — Dott. A. R. da P. — Essendosi inscritto alla Cassa di previdenza fin dalla sua prima istituzione riscatta tutti gli anni di servizio precedentemente prestati fino al numero di 15 gratuitamente. L'esistenza del servizio precedente si dimostra all'atto della domanda di liquidazione della pensione. Il servizio interinale che intende prestare sarà valutato come utile ai soli effetti del conseguimento del diritto alla pensione, ma non nella effettiva liquidazione di essa.

(8662) *Consigliere Comunale - Elenco dei poveri.* — Dott. V. T. da V. P. — L'articolo 25 della vigente legge Comunale e Provinciale esclude dallo elettorato e dalla eleggibilità amministrativa coloro che sono ricoverati negli ospizi di carità e coloro che sono abitualmente a carico degli Istituti pubblici di beneficenza o delle Congregazioni di Carità. Può essere, pertanto, elettore ed eleggibile chi è inscritto nel solo elenco dei poveri a riguardo della cura ed assistenza sanitaria gratuita ed alla somministrazione gratuita dei medicinali.

Doctor JUSTITIA.

AVVISO. — *I signori Abbonati che ci scrivono o mandano stampati, tengano presente che col 1º febbraio corr. l'affrancatura delle lettere è stata portata a L. 0.40; l'affrancatura delle cartoline a L. 0.25; l'affrancatura delle stampe a L. 0.10 ogni 50 grammi o frazione di 50 grammi.*

Li preghiamo di evitarci le spese di sopratassa.

L'AMMINISTRAZIONE.

CONCORSI.

CORANO (*Piacenza*). — Condotto III reparto per 500 poveri; L. 6500 lorde con dieci bienni del ventesimo; L. 2000 per cavalc. In corso di approvaz. aumento a L. 8000 e L. 2800 rispettivam. Abit. 384 agglomerati e 2406 sparsi; km. 13 da Rimini e 9 dal Comune capoluogo. Docum. non anter. al 28 luglio. Rivolgersi al Commissario prefettizio. Scadenza 28 febbraio.

CORNATE (*Milano*). — Condotta. Condizioni capitolato-tipo. Scadenza 15 febbraio.

COSTA DI ROVIGO (*Rovigo*). — Condotta. L. 6000, oltre L. 600 indennità alloggio, L. 500 per tenuta ambulatorio, L. 2500 mezzo trasporto se con cavallo e L. 1000 se con bicicletta. Indennità caroviveri. L. 400 se uff. san. Scadenza 25 febbraio.

CIRIÈ (*Torino*). — Condotto; L. 4000 e caro-viveri. Scadenza 20 febbraio.

COSTERMANO (*Verona*). — Condotta con Castione Veronese; a tutto 28 febbr.; cura poveri (circa un quarto della popolaz.); L. 7000, più L. 1000, oppure L. 1800 per mezzo di trasporto, secondo che sia bicicletta o cavallo; L. 400 quale uff. san.; L. 300 per ambulat.; quattro quinquenni del decimo. Ab. 2350. Servizio entro 15 giorni.

MORUZZO (*Udine*). — Condotto; L. 6000; quale uff. san. L. 500. Cari-viveri. Scadenza 15 febbraio.

POGGIO MOIANO (*Perugia*). — Condotto generalità; L. 12,000; caro-viveri. Scadenza 15 febbraio.

SELLANO (*Perugia*). — Il concorso al posto di medico-chirurgo residenziale, scaduto il 31 ultimo scorso e pubblicato sul fascicolo del 15 gennaio, è prorogato a tutto il 28 febbraio.

TEZZE (*Vicenza*). — Condotta medica libera; lire 6000; per ogni 1000 poveri eccedenti il migliaio L. 200; quale uff. san. L. 600; indennità trasporto L. 1800; indennità caro-viveri. Dieci aumenti triennali del ventesimo. Scad. 15 febbraio.

VENEZIA. *Spedale Civile* — Aiuto per le Divisioni mediche I e IV; L. 4800 lorde, titoli ed esami. La nomina è di spettanza del Consiglio di amministrazione, che procederà alla scelta fra i candidati dichiarati idonei dalla Commissione esaminatrice. Nomina biennale; potrà essere confermata per un altro biennio; non conferisce diritto a stabilità nè a pensione.

Età massima regolamentare anni 35 portata a 39 per il R. D. 18 sett. 1919, n. 1823. Laurea da almeno sei anni, salvo per gli assistenti effettivi nell'Ospedale; documenti non anteriori a sei mesi. Chiedere annunzio alla Segreteria del Consiglio d'amministrazione. Scad. ore 17 del 15 febbr.

Cercasi medico interino per Poggio Catino (Sabina). Rivolgersi Via Arno 92, Roma.

Diffide.

La 1ª Sezione Marchigiana della A. N. M. C. diffida tutti i concorsi per le condotte medico-chirurgiche rurali del Comune di Arcevia (Ancona) per insufficienza di stipendi, e perchè non approvato e adottato il Capitolato-tipo rimesso dalla Prefettura.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. comm. Lorenzo Ratto, Ispettore generale al Ministero di Agricoltura, è nominato Grande Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il Ratto è un valente ed apprezzato studioso di medicina sociale, autore di un importante studio sui consorzi obbligatorii antianofelici, promotore di utili iniziative; è redattore apprezzato de «L'Avvenire Sanitario». Gli porgiamo i nostri rallegramenti cordiali per l'alta onorificenza conferitagli.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso internazionale di patologia comparata.

Il presidente del Congresso, prof. E. Perroncito, comunica:

Durante il lavoro compiuto dal Comitato di organizzazione è purtroppo apparso evidente come ancora non possano ristabilirsi, neppure nel campo scientifico, quei rapporti che assicurino il concorso cordiale di tutti i cultori della Patologia comparata nelle diverse Nazioni; così da rendere veramente proficuo il lavoro di un Congresso internazionale.

Per tale motivo questo Comitato, mentre ritiene impossibile di riunire il Congresso nel prossimo aprile, e mentre si propone di continuare i tentativi per riallacciare, senza alcuna esclusione, i rapporti scientifici fra le varie Nazioni, è venuto nella determinazione di rinviare il II Congresso internazionale di Patologia comparata ad epoca da destinarsi.

Corsi di perfezionamento in Igiene.

Nell'Istituto di Igiene della R. Università di Torino hanno luogo nel corrente anno 1921, a norma dei vigenti regolamenti, due corsi di perfezionamento in igiene. Il primo nel quadrimestre dal 1° febbraio a tutto maggio, di preparazione ai concorsi ai posti di carriera sanitaria, governativi e comunali; il secondo nel bimestre aprile e maggio, per gli aspiranti a ufficiali sanitari nei Comuni. Sono ammessi a questi corsi i laureati in medicina e chirurgia, in veterinaria, in ingegneria, in chimica e chimica farmaceutica.

Le domande di iscrizione devono dirigersi al signor Rettore della R. Università, corredate dal certificato di laurea.

La tassa di iscrizione al primo corso è di L. 300, al secondo di L. 200. Si raccomanda di munirsi di proprio microscopio; per valersi di quelli dell'Istituto si pagherà una tassa di L. 20.

Le lezioni ed esercitazioni hanno luogo tutti i giorni all'infuori delle domeniche, fra le ore 14 e le 18.

***

Nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Pavia è aperto un corso teorico-pratico di perfezionamento in igiene per gli aspiranti al posto di ufficiale sanitario. A questo corso complementare sono ammessi coloro che abbiano ottenuta la laurea

in medicina e chirurgia, od in chimica e farmacia, od in veterinaria.

Le domande di ammissione, in carta bollata di L. 1, dirette al Rettore, dovranno essere presentate alla Segreteria della Facoltà medica non oltre il 10 marzo 1921, corredate dai seguenti documenti: 1. Certificato di nascita; 2. Diploma di laurea o certificato in forma legale; 3. Quietanza di L. 200 a titolo di contributo alle spese dell'insegnamento da versarsi alla Cassa dell'Economato dell'Università di Pavia. I documenti rilasciati da Autorità sedenti fuori della giurisdizione del Tribunale di Pavia devono essere legalizzati.

Il corso si inizierà il giorno 14 marzo.

La prolusione del prof. Perez.

Nell'Istituto di Patologia Chirurgica al Policlinico Umberto I di Roma, il prof. G. Perez, già insegnante di quella disciplina nella Regia Università di Pavia, e recentemente chiamato dalla Facoltà medica di Roma in questo Ateneo, ha dato principio, davanti a un numeroso pubblico di professori, medici e studenti, al suo corso ufficiale con una prolusione *Sulla nostra fede nella scienza*.

Tutta l'interessante prolusione fu un vibrante inno di fede, un credo alla religione della Scienza.

L'oratore ci conduce nei chiusi laboratorii, che egli definisce fari di luce, da cui balzarono fuori le scoperte che fecero grande la chirurgia, ed alla quale l'Umanità deve l'abolizione del dolore, l'antisepsi, l'asepsi, la liberazione dai più temuti flagelli: il vaiuolo, la difterite, il tetano, la rabbia.

Auspica il felice esito dei tentativi per la cura delle tubercolosi chirurgiche e dei tumori maligni, affezioni che grazie alle indagini di laboratorio potranno essere sottratte agli interventi chirurgici.

Rievoca una delle più memorabili ed emozionanti pagine della vita di Pasteur, quando torturato da dubbii e da speranze inizia nell'uomo la prima cura antirabica, solenne affermazione della supremazia del pensiero e dei suoi beneficii nella vita del mondo, e ricorda come lo stesso Pasteur, rimproverando ai reggitori del tempo la poca considerazione verso gli studi scientifici, sentenziava che *l'oblio ed il disdegno che la Francia ebbe per il lavoro intellettuale fu appunto una delle determinanti cause del disastro del* 1870.

Chiude con un fervido, commosso appello ai giovani perchè nella torbida ora che traversiamo mirino in alto ed abbiano fede nella scienza: quella fede senza cui, dice, nulla che valga fu mai compiuto, e che ci deve sostenere nella lotta, nel lavoro ed esaltare le nostre energie per il bene di chi soffre e per gli alti destini serbati all'Umanità!

Onoranze al prof. Alessandri.

I giornali recano da Civitavecchia che sono state tributate colà all'illustre concittadino prof. Roberto Alessandri solenni onoranze per la sua nomina a direttore della Clinica chirurgica presso la Università di Roma.

La cerimonia si è svolta nell'ampia sala del Consiglio comunale; vi hanno preso parte il sindaco avv. Pietro Scala, il sottoprefetto cav. uff. Borrelli ed uno stuolo di elette personalità.

Hanno parlato il sindaco, il dott. Ranieri-Nani a nome della classe sanitaria, e l'avv. Filippo Annovazzi.

A tutti ha risposto profondamente commosso il prof. Alessandri, esprimendo i più vivi sensi di riconoscenza verso la sua città natale e ricordando l'opera del senatore Durante, che nell'onorifico posto ebbe a precederlo.

Al prof. Alessandri è stata offerta dal Municipio una medaglia d'oro di benemerenza civica e dai cittadini una pergamena artisticamente miniata ed un *album* coperto di migliaia di firme, chiuso in un ricco cofano.

I civitavecchiesi residenti in Roma hanno reso un omaggio al loro insigne concittadino nella sua abitazione, dove gli hanno recato i doni.

Nella stampa professionale.

Si è pubblicato, a Venezia, il primo numero di «La voce sanitaria», periodico quindicinale che intende essere una rassegna di problemi sanitari e di interessi professionali delle classi medica e farmaceutica. Ne sono redattori: l'on. dott. Guido Bergamo e il dott. C. Tumiati. Amministratore ne è il dott. Ugo Boldi. Auguri.

I distintivi della Croce Rossa Italiana.

Con recente circolare del Ministro della Guerra, viene stabilito che gli ufficiali, sottufficiali e militari di truppa del R. Esercito, cui sia stata conferita la medaglia al merito della Croce Rossa Italiana, sono autorizzati a fregiarsene nonchè a fregiarsi del relativo nastrino.

È una nuova prova di grande stima che viene data alla nobilissima Associazione della Croce Rossa Italiana.

I servizi manicomiali di Roma.

In seno alla Deputazione Provinciale di Roma si è svolta una discussione sulle deficienze di alcuni servizi nei tre Manicomi della Provincia. In seguito a contrasti sorti sulla costituzione di una Commissione d'indagine, la Deputazione ha rassegnato le proprie dimissioni.

Un nuovo Istituto oftalmico a Roma.

Il 31 gennaio si è aperto a Roma il nuovo Istituto oftalmico in via Sforza Pallavicini, 20, angolo via Crescenzio (Prati di Castello), diretto dai dottori cav. G. Pezzani e R. Galeazzi.

L'opera di valenti specialisti vi è messa a completa disposizione dei malati di occhi e vi sono impiegati, con moderne vedute, tutti i mezzi più efficaci che la nuova terapia oculare consiglia.

La Croce Gialla.

Si è costituita a Vienna una grandiosa Società mutua contro le malattie, per individui delle classi medie esclusi dall'assicurazione statale, che in Austria abbraccia le sole classi lavoratrici. Il crescente pauperismo ha fatto sentire il bisogno di

questa nuova istituzione, la quale ha assunto in breve tempo uno sviluppo poderoso; essa accoglie professionisti, insegnanti, artisti, ecc., ecc., e dà lavoro dignitoso e guadagno ad un forte numero di medici. Porta il nome di «Croce Gialla».

Un modesto premio mensile od annuale assicura, in caso di malattia grave, un minimo di sovvenzione, variabile con la natura della malattia, nonchè l'assistenza sanitaria. Si può essere assicurati per più «unità»; ossia, pagando due o più volte il premio, si ricevono sovvenzioni due o tre volte maggiori (ad esempio, la quota di 3000 corone stabilita per interventi chirurgici e ospedalizzazioni viene ad essere raddoppiata, triplicata, ecc.). Gli assicurati hanno libertà di scegliere il medico e in casi di operazioni il chirurgo, come pure l'ospedale o la casa di salute, limitatamente alle disponibilità e agli impegni precedenti.

La Camera Medica di Vienna ha deciso di entrare corporativamente in rapporto con la «Croce Gialla».

La medicina francese durante la guerra.

La Société Médicale des Hôpitaux di Parigi ha istituito un premio triennale di 3000 franchi, intitolato al nome del dott. Paul Legendre, da conferirsi alla migliore opera pubblicata o presentata alla Società nel triennio, sui problemi deontologici e sociologi concernenti la professione medica. La prima assegnazione verrà fatta nel dicembre 1923; è stato scelto per tema: «Studio statistico e critico sulla medicina e chirurgia francese civile e militare durante la guerra 1914-18; conseguenze che ne derivano per il medico; previsioni».

Ristorante goliardico a Napoli.

Si è inaugurata il 23 u. s. la «Mensa Goliardica» in appositi locali dell'Università di Napoli, dietro proposta fatta a suo tempo da eminenti professori della Università stessa. Il ristorante è stato fondato nell'intento di attenuare l'altissimo costo della vita, il quale impedisce a buona parte degli studenti di provincia di trattenersi a lungo in Napoli e di mantenersi assidui ai corsi, compromettendone il profitto scientifico e professionale. Il «Ristorante» è gestito in economia dalla R. Università sotto la direzione dell'Economo generale di essa. Gli studenti vi avranno un luogo di convegno amichevole e potranno fruire di un pasto sano ed economico.

Un grandioso Ospedale in Egitto.

Il Governo egiziano ha stanziato 5 milioni di piastre per la costruzione di un grandioso ospedale, capace di 1250 posti. L'ospedale sorgerà nell'isola di Rhoda, sul Nilo, presso la città di Cairo. Comprenderà molti reparti speciali, compresi uno di oftalmologia ed uno di odontologia. Molta cura verrà posta a raccogliere e studiare le malattie più oscure dell'Oriente.

È aperto un concorso per la scelta del progetto. Gli architetti che presenteranno i dodici progetti giudicati migliori riceveranno 2625 piastre ciascuno; all'autore del progetto prescelto verrà affidata la direzione dei lavori.

In memoria di Carlo Forlanini.

Carlo Forlanini veniva rapito alla scuola e alla scienza nel maggio 1918 e con Lui scompariva una delle menti più geniali che abbiano onorato la Clinica Medica Italiana.

Se la Sua scomparsa allora, data la generale trepidazione per la salvezza della patria, fu quasi silenziosa, oggi allievi, amici ed ammiratori hanno deciso di ricordare il Maestro, promuovendo una sottoscrizione per istituire nel Suo nome una fondazione per lo studio della tubercolosi.

Presidente del Comitato organizzatore è il professore Luigi Zoja. — Inviare le sottoscrizioni al prof. Ambrogio Da Gradi (Clinica Medica - Pavia).

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 21 Febbraio 1921 — Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPED. VITTORIO EMAN. III. IN CARATE BRIANZA
diretto dal dott. LIVIO LOSIO.

Ptosi della pars pilorica dello stomaco e coliche biliari

per il dott. LIVIO LOSIO.

È opinione oramai passata in giudicato che nel variabilissimo quadro sintomatologico della epatoptosi possono figurare parossismi dolorosi, con o senza ittero, ricordanti in modo somigliantissimo le coliche biliari da calcolosi. Non si è invece fermata sufficientemente l'attenzione sul fatto che analoghi accessi di colica si possono riscontrare in casi del così detto « dislocamento verticale » dello stomaco con evidente discesa della regione pilorica.

Dicendo « dislocamento verticale » non s'intendono compromessi i moderni concetti sulla forma e direzione dello stomaco. Oggi si consente nel considerare normali i due tipi di stomaco indicati l'uno da Rieder con la designazione di « stomaco ad uncino » e l'altro da Holzknecht con la denominazione di « stomaco a corno di bue »; il primo — più frequente — sarebbe negli adulti rappresentato nei due terzi dei casi.

Va ricordato che la forma ad uncino accoppia una direzione avvicinantesi molto alla verticale negl'individui adulti, sani, ma con sistema scheletrico gracile, sottile, con circonferenza toracica inferiore deficiente: sono i soggetti della « prima combinazione morfologica di De-Giovanni ». Perchè il tipo di Rieder si possa dire fisiologico deve offrire un piccolo dislivello fra piloro e punto più declive dello

stomaco; altrimenti esso può già coincidere con i primi gradi dello stomaco ptosico, e cioè con la forma «ipotonica» di Schlesinger.

Ora, per «dislocamento verticale» dello stomaco devesi intendere quel maggior avvicinamento all'asse verticale, che consegue all'abbassamento del polo inferiore ed al concomitante o conseguente abbassamento del piloro. Tale è la condizione che si verifica nella ptosi tipica costituzionale.

Che cosa tragga con sè l'abbassamento pilorico non è difficile scoprire anche aprioristicamente. La trazione di discesa si comunica al primo segmento duodenale, ed allora l'angolo epatico del duodeno o può rimanere in sito senza subire — in grazia ad una maggior lunghezza della prima porzione — notevoli deformazioni, oppure può rendersi più acuto, ovvero può a sua volta abbassarsi. Da ciò derivano condizioni sfavorevoli alla svuotamento dello stomaco, con le relative conseguenze sulla energia contrattile e sul volume dell'organo; da ciò anche danno alla circolazione dei secreti nella prima ansa duodenale, ed al tono pilorico. Parrebbe pertanto di poter trovare in siffatti turbamenti funzionali quante condizioni di favore bastano per dare insorgenza ad alterazioni lungo i grossi dotti biliari tali da generare accessi a tipo colico. Non neghiamo la possibilità, ma, oltre ad essa, vediamo se delle crisi non esista altro momento causale. All'uopo occorre premettere qualche breve richiamo anatomico.

Il collo della vescichetta biliare è caratteristicamente flessuoso: si inflette prima dal basso in alto e da destra a sinistra, poscia direttamente dall'avanti all'indietro, e le due curve si succedono quasi ad angolo retto. Situate nella parte affatto superiore del margine libero del piccolo omento, le due inflessioni successive sono mantenute dal peritoneo che loro aderisce e che le unisce al fegato.

La prima porzione del coledoco, o — meglio — l'estremo terminale dell'epatico, rimane pur essa racchiusa tra le pagine del piccolo omento. Dal piccolo omento il coledoco si libera poi per applicarsi, senza aderirvi, contro la parete del duodeno, in corrispondenza dell'angolo formato dalla unione dei due segmenti duodenali, libero e discedente: è la porzione di coledoco detta seconda da chi riconosce la esistenza di un coledoco sopraduodenale. Il tratto sottoduodenale è retropancreatico; esso cioè corre in una doccia (o più raramente in un canale completo) scavata sulla faccia posteriore del pancreas. È questa la parte eminentemente fissa del coledoco; anzi, diremo, la parte più fissa di tutti i segmenti del sistema biliare extraepatico che discendono compresi nello spessore dell'epiploon gastro-epatico.

Orbene, inserendosi il margine inferiore del piccolo epiploon sulla prima porzione del duodeno per una estensione di 4 o 5 centim., il suo margine libero viene inevitabilmente teso verso il basso e sollecitato a spostarsi medialmente da ogni trazione esercitata dalla pars pilorica dello stomaco. Che cosa ne possa conseguire sembra intuitivo: mentre le parti dell'albero biliare contenute tra i foglietti epiploici vengono tese nel senso della lunghezza e stirati verso sinistra, il colletto della cistifellea, imprigionato con le sue curve al fegato dalla parte tutt'affatto alta del margine epiploico esagera le sue flessuosità; dal canto suo il coledoco, fisso nel tratto retro-pancreatico, devia nel tratto retro-duodenale in ragione della discesa subita dalle sezioni sopra-duodenali. La costituzione pertanto di una esagerata inflessione del colletto della vescichetta e di una corta ansa o di un incurvamento del coledoco sull'orlo superiore della docciatura pancreatica saranno per essere le conseguenze delle trazioni in basso sopportate dall'epatico e dal cistico per l'intermediario del margine destro del piccolo epiploon.

Se poi alla discesa della regione pilorica si associa un abbassamento totale del fegato, il conseguente avvicinamento dei due punti estremi dell'albero biliare dovrà favorire viemaggiormente la esagerazione delle curve e la inflessione alle quali ho accennato. Con questa ultima ammissione veniamo necessariamente a ritoccare la ipotesi, comunemente enunciata, che le crisi dolorose nella epatoptosi totale debbansi a trazioni sui dotti biliari. E la ritocchiamo nel senso che se esistono casi di epatoptosi in cui la trazione può essere effettivamente in gioco come momento causale delle coliche, esistono altri casi in cui lo stiramento non è in campo, ma havvi piuttosto un allentamento dei dotti stessi, conseguente alla riduzione della distanza che corre fra ilo epatico ed ampolla di Vater.

I due casi che presento con breve relazione furono il punto di partenza dei concetti suesposti.

Il rilievo delle condizioni anatomiche che di questi concetti costituirono la base fu risultato delle incertezze originate al tavolo operatorio dalla constatazione di un errore di diagnosi clinica.

CASO I. — P. Teresa, d'a. 34, nubile, sarta. È accolta nell'Ospedale di Castelsangiovanni il 2 settembre 1917. Nei commemorativi remoti non vi è nulla da segnalare. Il periodo dai 16 anni in poi fu per l'ammalata un seguito di disturbi e di cure. I disturbi si compendiavano in disappetenza, senso di ripienezza, gastral-

gie a distanze varie dai pasti e qualunque fosse stata la qualità del cibo; talvolta vomiti alimentari, talaltra vomiti biliari. Alvo per lo più stitico. Cefalee frequenti. Ricorda di due crisi di dolore violento alla regione ipocondriaca destra, con irradiazioni verso la regione scapolare, accompagnato da vomito. Una delle crisi precedette di un paio di settimane il suo ingresso in ospedale; allora si presentò ittero. Questo fu di modica intensità, durò cinque giorni, non fu accompagnato da febbre. Dopo l'accesso rimase una dolenzia alla pressione della regione ipocondriaca dove, per qualche giorno, sembrava alla malata di percepire una tumescenza. Fece cure svariatissime. Fu operata nel 1911 di nefropessi destra, e tre anni dopo di piloroplastica, con risultati nulli.

L'ammalata è un soggetto di media statura, sottile, a base toracica deficiente: è assai magra. Testimonjano della laparotomia e della nefropessi subite le rispettive cicatrici. Il ventre, avvallato nella regione epigastrica e sui fianchi, è invece prominente alla regione sottoombellicale; qui è facile suscitare guazzo, e quivi si proiettano chiaramente, dopo gonfiatura, i confini dello stomaco. Il fegato presenta il margine palpabile a due dita trasverse sotto l'arco costale sulla emiclaveare. La regione cistica è decisamente dolente alle pressioni.

A digiuno lo stomaco è vuoto. Il residuo, dopo un'ora dal piccolo pasto di Ewald, è di 80 gr.: l'acido cloridrico libero vi è presente nella proporzione del 0.30 ‰.

Ptosi e distensione sono ben accertabili con l'esame radioscopico: il polo inferiore, nella posizione eretta sfiora in basso quasi il pube. L'attività peristaltica è evidentemente diminuita; ancora 6 ore dopo permane un residuo, per quanto scarso, di pappa baritica.

I reperti menzionati dettavano la diagnosi di gastroptosi e gastractasia atonica. Ma essa da sola non dava ragione convincente degli accessi colici, che sembravano essenzialmente riferibili ad una calcolosi biliare. E fu per l'appunto soffermando di preferenza la mia attenzione sopra quest'ultima eventualità che proposi l'atto operativo, al quale l'ammalata consentì. La opero l'8 settembre in anestesia per anociassociazione, previa iniezione di morfina.

Incisione laparotomica ondulata di Kehr. Un lembo di epiploon aderisce alla antica cicatrice laparotomica: l'aderenza viene sciolta. Il fegato presenta il margine libero abbassato di un paio di dita trasverse. Sollevatolo viene in evidenza la cisti, modicamente distesa, a superficie sierosa libera ed uniforme, con pareti di spessore e di consistenza normali al corpo ed al fondo; al colletto invece si percepisce un sensibile ispessimento ed una maggior consistenza. Negativa la esplorazione esterna dei restanti dotti extraepatici: negativa ovunque la ricerca di contenuto concreto. Stomaco sensibilmente disteso; segmento pilorico abbassato; il piloro giace inferiormente al piano trasverso ombellicale. Abbassata è perciò anche la prima porzione del duodeno, che, abnormemente lunga ed ampia, fa un angolo acuto con la seconda porzione. Sulla parete anteriore pilorica risiede una cicatrice, a direzione trasversale, dalla subita plastica: lume pilorico libero.

Riassumendo, due fatti si imponevano alla considerazione: la ptosi gastro-pilorica e l'alterazione del colletto della colecisti: reperto di facile interpretazione il primo, quanto di incerta valutazione il secondo. Ovvia si presentava la convenienza di una gastro-enterostomia, che eseguii posteriore, secondo V. Hacker, facendo l'anastomosi ampia sul punto più declive e lasciando quanto più possibile breve il tratto efferente.

Sfumata, o quasi, la supposizione diagnostica di colelitiasi, mi trovai sconcertato sulla interpretazione delle alterazioni parietali a carico del colletto della vescichetta biliare e sulla conseguente condotta. Parendomi che, soprattutto ed in ogni caso, esse dovessero nuocere al calibro e perciò al corso dei secreti, decisi di eseguire la colecistectomia, che riuscì abbastanza agevole. Rimarcai durante l'isolamento del colletto la sua tortuosità di decorso e la sua anormale consistenza.

Sezionato il cistico ed allontanata la cistifellea, tengo a disposizione il moncocino del cistico per una esplorazione interna delle ultime vie, onde procurarmi la riprova della loro pervietà.

Introduco un catetere uretrale semirigido a punta olivare del n. 9, che penetra liberamente fino al segmento retroduodenale: quivi è arrestato. Il dito sinistro introdotto per il hiatus di Winslow avverte la punta del catetere, ma non ha percezione dell'ostacolo. Affido allora moncone cistico e catetere all'aiuto ed io sollevo il segmento piloro-duodenale onde facilitarmi la esplorazione combinata: mentre sollevo detta parte il catetere penetra, ed il mio dito dal hiatus lo avverte progredire, inflettendosi in leggera curva aperta in dietro ed all'esterno.

Tolto il catetere allaccio il cistico, affondo il moncone con qualche punto sieroso. A contatto di esso lascio un piccolo drenaggio di garza, che faccio uscire a metà altezza della incisione laparotomica. Pratico infine la epatopessia secondo Bobroff-Legueu, e suturo a strati le pareti addominali.

Decorso post-operativo regolare: in 7ª giornata abolisco il piccolo drenaggio; e in 12ª tolgo i punti cutanei.

Il 31 ottobre l'ammalata usciva dall'ospedale in possesso di un completo benessere.

Mangiava di tutto ed era cresciuta in un mese di due chilogrammi di peso. Notizie di due anni dopo mi apprendevano che la guarigione persisteva.

La cistifellea estirpata era moderatamente distesa da un contenuto biliare scuro, denso, viscoso. Le pareti del fondo e del corpo conservavano i loro normali caratteri di spessore e di consistenza: le superficie sierosa e mucosa apparivano indenni. L'esame microscopico di sezioni prese a varie altezze sul corpo ne confermavano la integrità delle pareti. Le alterazioni colpivano la regione del collo, i cui caratteri macroscopici erano l'ispessimento, la maggior consistenza ed un certo grado di torsione sopra l'asse; deformazione e maggiore spessezza riducevano il calibro e la permeabilità del lume.

Le alterazioni microscopiche rappresentavano una combinazione di fatti infiammatorii già antichi e di più recenti. Lo strato connettivale esterno ne era di preferenza colpito: accanto a connettivo organizzato si incontravano infiltrazioni leucocitarie, sviluppate sovratutto

intorno a piccoli vasi sanguigni. Anche nella sottomucosa il connettivo appariva più denso; nè mancava qualche focolaio di infiltrazione leucocitaria. La mucosa e la muscolare erano le tuniche più rispettate: la prima presentando pieghe forse un poco meno sviluppate e più ispessite, rivestite da epitelio normale; la seconda rivelando qua e là solo qualche lieve infiltrazione leucocitaria interfascicolare.

CASO II. — B. Maria, agiata d'a. 32. È accolta nell'ospedale di Carate Brianza il 14 marzo 1920.

Nel gentilizio e nella storia remota non si trova nulla di degno di menzione. È maritata ed ha figli sani. Fu in buona salute fino a circa sette anni fa, per quanto di costituzione piuttosto gracile. A quell'epoca cominciò a soffrire di disturbi generali che furono ascritti ad uno stato anemico e che durarono insistenti con varie vicende, e ripetute, di miglioramenti e di peggioramenti. Lo stato di nutrizione generale ne ebbe patimento. Un anno e mezzo fa nuove sofferenze si sovrapposero, caratterizzando il periodo che dura tuttora. Esso ha preso fisonomia dalla comparsa improvvisa di una violenta colica a tipo epatico, senza febbre e con lieve ittero. Fu necessario sedare il dolore con morfina. Alla giornata di vivo dolore seguirono giornate di dolenzia alla regione ipocondriaca destra e di intolleranza gastrica.

L'ittero scompariva in un paio di giorni. Da quell'epoca lo stomaco, che anche negli anni andati aveva, ora più ora meno, reclamato attenzioni e cure, si fece sede insistente di sofferenze: avversione ai cibi, senso di ripienezza anche dopo scarse introduzioni di alimenti, eruttazioni frequenti, gastralgie dopo i pasti, qualunque di essi fosse la qualità. Perfino il digiuno non era senza molestia, persistendo un senso di pesantezza epigastrica ed una dolorabilità alle pressioni sulla regione. Alvo stitico.

Successivamente le coliche si ripeterono per ben cinque o sei volte: l'ittero non vi fu più. Pressochè ogni crisi richiedeva il soccorso della morfina.

L'ammalata fu sottoposta a cure molteplici, specie rivolte allo stomaco, che, per ripetuti esami radiologici era stato riscontrato molto ptosico. Fu consigliata a portare una cintura da rene mobile destro, e fu tenuta in molto conto per una terapia del sistema nervoso, giudicato scosso da turbe asteniche.

Un mese prima dell'ingresso in ospedale ebbe l'ultima colica. Io la visitai in questo periodo per la prima volta: erano passati tre giorni dal dolore. La narrazione della crisi corrispondeva a quella di una crisi da calcolosi.

L'esame della regione ipocondriaca rivelava distintamente una tumescenza della cisti, il tondo della quale si presentava alla palpazione, sotto il margine epatico, con un volume paragonabile al maggior polo di un uovo di tacchina. Le pressioni erano molto dolorose. Mancava l'ittero; non v'era febbre.

Quando entrò in ospedale nulla più si palpava alla regione cistica; persisteva però dolorabilità palpatoria. Era questa l'unica risultanza anormale dell'esame clinico della regione epatica.

La regione epigastrica, che a sua volta offriva una sensibilità marcata alle pressioni, si presentava avvallata, in contrasto con la prominenza della sotto-ombellicale, dove si otteneva la sonorità timpanica dello stomaco e dove si poteva facilmente determinare il guazzo. L'esame radiologico confermava la notevole caduta del polo inferiore dello stomaco, svelava il torpore peristaltico e la grandissima lentezza di svuotamento gastrico.

Gracilità ed alta statura erano i due caratteri somatici salienti dell'ammalata: ipersensibilità e facile eccitabilità i due esponenti principali dello stato del sistema nervoso. Nessun altro rilievo degno di nota offriva l'esame generale.

Ancora nel caso attuale la diagnosi di coliche epatiche da colelitiasi pareva logica: il ricordo però del caso precedente, col quale non mancava qualche analogia di reperti clinici, faceva pensare ad una possibile analogia anche nel quadro anatomo-patologico.

Il 22 marzo opero l'ammalata. All'operazione faccio precedere una ipodermoclisi di 500 cc. Per l'anestesia ricorro alla anociassociazione, previa iniezione di morfina.

Come incisione laparotomica preferisco in questo caso una combinazione della comune incisione paracolecistica con un'altra perpendicolare alla stessa, calata dalla linea alba ad un paio di centimetri sopra l'ombellico.

Il fegato non è sensibilmente abbassato. La colecisti appare leggermente distesa, a superficie liscia: l'esame palpatorio non rivela contenuto di calcoli. Le pareti del fondo e del corpo sono elastiche e di normale spessore. Al collo invece le pareti sono ispessite e rigide, e fissano al segmento una anormale ripiegatura. L'esplorazione esterna degli altri segmenti delle vie extraepatiche non offre rilievi anormali. Il cosiddetto legamento epato-duodenale possiede una lunghezza ben maggiore che di norma: la prima porzione del duodeno abnormemente lunga e molto abbassata, fa con la porzione verticale un angolo acuto. Tutto il polo inferiore dello stomaco è così caduto che il piloro viene a trovarsi rispetto al piano ombellicale trasverso più basso di un paio di dita trasverse. Lo stomaco è andato così avvicinando alla verticale il suo asse maggiore; anche un certo grado di dilatazione lo ha colpito. Il piloro è pervio.

Eseguo anche in questo caso una gastro-enterostomia posteriore secondo V. Hacker, osservando i particolari tecnici già menzionati. Estirpo quindi la colecisti, che si lascia abbastanza agevolmente staccare dal suo letto. Seziono il cistico e tento il cateterismo. Anche questa volta il catetere si arresta a livello del segmento retroduodenale del coledoco: riducendo in alto il piloro col duodeno, il catetere percorre anche l'ultimo tratto del coledoco. Allacciatura del moncone cistico e peritoneizzazione di esso. Situo un piccolo drenaggio di garza e suturo le pareti addominali a strati.

Decorso post-operativo regolare. Levo in 7ª giornata il drenaggio ed in 14ª i punti cutanei.

Il 22 aprile è dimessa, avendo già iniziata una alimentazione regolare.

Ho occasione di vedere spesso la operata che oggi, ad otto mesi dall'atto operativo, si sente in possesso della sua salute.

La cistifellea estirpata era un poco distesa, conteneva una bile densa, scura. Le pareti del corpo e del fondo nulla offrivano di anormale, nè all'esame macroscopico, nè a quello microscopico. Sul colletto invece, ben presso al suo confine col corpo, si osservava una inflessione ad angolo piuttosto acuto, aperto verso il basso. Le pareti sui due versanti dell'angolo presentavano un sensibile aumento di consistenza: il lume in corrispondenza dell'angolo risultava deformato e ristretto. Le sezioni microscopiche davano reperti molto simili al caso precedente: la essenziale differenza stava in una maggior ricchezza di giovane connettivo ed in una più pronunciata infiltrazione leucocitaria della sottomucosa, particolarmente rilevabili sulle sezioni di parete segnante il vertice dell'angolo d'inflessione.

Non discuto l'errore di diagnosi commesso: discuterlo equivarrebbe a riconoscere la possibilità di segni di differenziazione fra le crisi dolorose di cui si ebbero esempi nelle due ammalate e le coliche calcolose vere. La possibilità non esiste: le sintomatologie non hanno l'una rispetto all'altra nulla di caratteristico. Nè vi è alcunchè di caratteristico nei disturbi che affliggono gli ammalati fra l'una e l'altra crisi, dalle sofferenze dispeptiche alla dolorabilità per le pressioni sulla regione della colecisti. Il sospetto solamente può venire posto allorquando la colica colpisce un paziente in cui sono quanto mai evidenti i reperti di una ptosi pilorica, o pilorica ed epatica insieme.

Lejars potrebbe per questi casi aggiungere un altro capoverso a « Les fausses lithiases biliaires » (*La Semaine Médicale*, 26 nov. 1913), e Glénard estendere il suo concetto dell'« epatismo » (*Gazette des Hôpitaux*, 22 aprile 1920).

Come la maggior torsione o le inflessioni del colletto della colecisti, insieme con gli incurvamenti del coledoco intervengano nella genesi delle coliche non è facile nè semplice il dire. È molto vero però che il rilievo anatomico conferisce senz'altro la impressione aprioristica che esso debba essere tutt'altro che estraneo alla accensione dei parossismi dolorosi.

E se la impressione viene vagliata, essa indirizza verso il riconoscimento di una speciale importanza alle condizioni di difficoltato corso della bile per opera delle deviazioni subite dai suoi dotti maggiori. Siccome il deflusso biliare normalmente si compie sotto bassa pressione, così ogni riduzione lieve di sezione delle vie di scarico deve inevitabilmente condurre ad un corrispondente grado di stasi a monte. Fino a quando l'ostacolo è lieve e può essere facilmente vinto dal lieve aumento conseguente di pressione, l'equilibrio fisiologico apparente può essere mantenuto. Non lo sarà più ove intervengano fattori che aggravino anche di poco la situazione.

Ed uno dei fattori che in ammalati cronicamente dispeptici, quali sono gli ammalati di gastroptosi, possono con relativa facilità turbare l'equilibrio, è la evenienza di leggere infezioni e flogosi delle vie biliari stesse.

Lejars in una pubblicazione sul valore e le indicazioni dell'intervento chirurgico nelle litiasi biliari (*Sem. Méd.*, 1902, n. 47, pag. 381) dice che: « I microrganismi venuti dall'intestino cercano di risalire lungo le vie biliari e, se d'ordinario non penetrano al di là di una certa altezza, ciò non è dovuto ad una azione bactericida della bile, che particolarmente per il colibacillo è un buon mezzo di coltura, ma piuttosto all'azione meccanica del flusso biliare che spazza i condotti e si oppone alla ascensione dei microrganismi ».

Dovremmo aggiungere che al normale corso della bile si deve se lo stato di setticità della parte inferiore del coledoco (zona della infezione mista aero-anaerobica, secondo Gilbert e Lippmann) non si propaga alle sezioni superiori dell'albero biliare. Orbene, se per qualsiasi causa viene a rallentare la escrezione biliare ed a diminuire la resistenza delle cellule parietali, non solo si potranno avere realizzate le condizioni favorevoli per l'ascensione dei batterî dell'intestino o della foce dell'alveo biliare, ma potrà anche verificarsi la trasformazione in patogeni degli stessi saprofiti, ospiti consuetudinari della metà superiore del coledoco, della cistifellea e della porzione iniziale dell'epatico (territorio della infezione anaerobia pura, secondo Gilbert e Lippmann (1).

L'accensione della colica avverrebbe dunque in condizioni somiglianti a quelle delle crisi da calcolosi: la infezione e la flogosi ne sarebbero il substrato, e le inflessioni dei dotti terrebbero, con la loro azione stenosante, il posto del calcolo. La bile che trovasi raccolta nei grossi canali al momento in cui si occasiona la infiammazione non riesce a svuotarsi: si genera una tensione dolorosa e la contrazione spastica della muscolatura delle vie biliari. Aggiungerei che gli effetti dannosi verosimilmente derivanti dalla deformazione del colletto della cistifellea alla normale circolazione sanguigna locale saranno per costituire elementi efficienti di un turbamento nella resistenza delle sue cellule parietali. Da ciò una localizzazione preferita delle alterazioni infiammatorie, talchè, specificando, sarebbe tutt'altro che impropria la denominazione di *colecistite cervicale*.

Il reperto istopatologico fornito dall'esame delle vescichette estirpate mi sembra con-

(1) GILBERT et LIPPMANN: *Du microbisme normal des voies biliaires extra-hépatiques.* Sem. Méd., 1902, pag. 214, 245, 380.

provare la esposta opinione. Valendo la quale si avrebbe la spiegazione dei non rari insuccessi seguiti alla epatopessi, alla gastro-enterostomia, all'una ed all'altra operazione associate, in soggetti ritenuti pazienti per ptosi dell'uno o dell'altro o d'ambo i visceri, mentre forse essi avevano analogie con le ammalate di cui ci occupiamo.

Se potessimo prescindere dall'elemento « flogosi » dei grossi dotti biliari nella genesi della colica, si esibirebbe una interpretazione già posta per altre contingenze cliniche, e che fino ad ora non ha altri appoggi che argomentazioni di ordine induttivo. E cioè verrebbe in questione lo « spasmo primitivo » delle vie biliari, in considerazione delle tare nervose, più o meno spiccate, che accompagnano la sindrome di Glénard; delle influenze varie interiori ed esteriori a cui vanno squisitamente soggetti quei pazienti che, con comprensive e generiche designazioni, vengono detti « vagotonici » e « simpaticotonici ». La speciale recettività emotiva e la instabilità funzionale del sistema nervoso vegetativo di questi ammalati furono segnalate già a giustificazione degli insuccessi dopo operazioni di pessia.

Se le epatalgie e l'ittero spasmodico di Chwostek siano effettivamente segni di vagotonia o di simpaticotonia dovrebbe decidersi sovratutto dallo studio di quei casi nei quali la integrità anatomica dei visceri sia chiaramente dimostrabile. Qui invece possiamo ritenere che il facile turbamento funzionale degli apparati nervosi estrinseci, e fors'anco intrinseci, di alcuni visceri negli affetti da sindrome di Glénard costituisca una condizione di grande favore per una pronta e clamorosa reazione dolorosa a fenomeni flogistici lievi, che forse in condizioni normali potrebbero non avere una scena palese.

Considerata adunque secondo il punto di vista esposto la questione della colica nelle due ammalate in esame, viene giustificato il temperamento operativo seguito. Che a dire il vero, fu nel primo dei due casi praticato con incertezza di finalità e per considerazioni di opportunità contingente; nè avrei avuto modo di prepararne le basi in precedenza o di farne la formula ragionata lì per lì, a ventre aperto. Colecistectomia e gastro-enterostomia fu la combinazione operativa applicata con successo; oggi con una variante, forse non essenziale, ma certo utile, direi colecistectomia ed esclusione pilorica. La variante può essere facilmente attuata, dato che la tecnica del laccio, secondo Parlavecchio, non allunga che di qualche minuto l'atto operativo e non vi aggiunge nulla affatto di gravità.

È di troppa manifesta evidenza, perchè si senta il bisogno di dimostrarla e di insistervi, la utilità della creazione di una bocca che allo stomaco conceda buono scarico verso l'intestino e gli lasci il necessario riposo: tutta la funzione gastrica, dal chimismo alla motilità, sono per giovare prontamente dalle condizioni in cui l'organo viene messo dalla gastroenterostomia.

La dimora del contenuto ed il peso del viscere non saranno più condizioni insistenti alle quali devono risalire molteplici responsabilità nella genesi dei fenomeni dolorosi accessionali. Lo stomaco è fatto per essere occupato dal chilo soltanto entro certi limiti di tempo: entro tali limiti la tolleranza al peso del suo contenuto è parte della sua funzione fisiologica e quindi esente da riflessi molesti. La gastroenterostomia, riconducendo a tale fisiologica tolleranza, riporta nei limiti della compatibilità normale anche la tensione a cui indirettamente devono andare soggette le vie biliari inferiori.

Le quali anche dalla privazione del serbatoio biliare vengono a giovarsi per la loro canalizzazione. Come ciò avvenga può così concepirsi. La colecistectomia viene a liberare il tronco biliare extraepatico dalla connessione fissa laterale, che ne contrasta lo spostamento verso il basso e medialmente allorquando viene ad agire in questo senso una trazione sul margine libero del piccolo omento: la risultanza del contrasto è la summenzionata deformazione del cistico. Ora, se si sopprime il punto di arresto, il dotto epatico-coledoco, stirato nel detto senso, in grazia di una disponibilità maggiore di spostamento laterale può disporsi — per così dire — sopra un arco di maggiore raggio aperto verso destra, e con ciò diminuire la inflessione soprapancreatica, con vantaggio del flusso biliare.

Non sfugge però che la ragione precipua della colecistectomia deriva dalle alterazioni anatomiche che colpiscono il colletto della cistifellea. Qui si stabilisce, come ho detto, una flogosi che ne altera le pareti, aggravando stabilmente la offesa al facile corso dei secreti, già primieramente preparata all'organo dalle trazioni trasmessegli dal legamento gastro-epatico.

Queste in succinto le considerazioni suggeritemi dallo studio dei due casi riferiti. Considerazioni che non mi parvero indegne di registrazione, chè per esse vedono una spiegazione quei fenomeni dolorosi sul determinismo dei quali si era abituati a sorvolare con ammissioni causali troppo generiche e non sempre persuasive.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI SAN BARTOLOMEO IN SARZANA.
SEZIONE CHIRURGICA UOMINI
diretta dal dott. ANGELO LUCRI.

Su di un caso di ascesso cerebrale del lobo frontale sinistro, postumo a ferita da scheggia di granata.

Dott. TITO LUCRI, assistente.

Stimo utile esporre il seguente caso perchè credo che da esso se ne possano trarre delle considerazioni importantissime sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Ma più che altro credo che se ne avvantaggerà assai la diagnostica delle affezioni cerebrali per il fatto che il caso che espongo presentava una sintomatologia lieve e di poca entità, di fronte ad un'imponente manifestazione locale. Alla grossa raccolta purolenta esistente non facevano riscontro nè fenomeni commotivi cerebrali nè sintomi da focolaio per la compressione esistente sul lobo frontale sinistro. Non si ebbe mai perdita di coscienza nè fenomeni motori o sensitivi a carico degli arti; ma solo una lieve sindrome, di fronte al grande reperto obiettivo, portò alla diagnosi precisa di ascesso cerebrale.

F. G., di anni 25, da Falcinello (Sarzana), celibe, di professione calzolaio.

Il paziente è sempre stato bene; da bambino ha frequentato con profitto la scuola fino alla terza classe elementare. Ha i genitori sani e viventi. La madre del paziente soffrì di bronco-polmonite circa 10 anni or sono.

Ha una sorella sana. L'infermo è bevitore e fumatore moderato. Non ha mai sofferto di lues. Presenta uno sviluppo fisico un po' deficiente. Fin da bambino il paziente si è mostrato di carattere allegro e vivace. Nel maggio 1915 per effetto della mobilitazione generale, viene chiamato alle armi e per deficienza toracica venne rimandato rivedibile 2 volte. Nel maggio 1917 è arruolato ed assegnato quale soldato al 25° Regg. Fanteria; dopo un periodo di istruzione viene inviato in zona di guerra, ed il 26 agosto 1917 sulla Bainsizza rimane ferito da pallottola di fucile, con permanenza del proiettile alla regione frontale sinistra. Venne curato in diversi Ospedali da campo e gli venne eseguita la radiografia con il seguente esito: Callo di frattura dell'osso frontale sinistro e permanenza del proiettile in corrispondenza del mascellare destro. Viene trasferito in seguito all'Ospedale Militare di Sarzana - Sezione Savoia. L'infermo in questo periodo di tempo (giugno 1918) nonostante che la ferita fosse completamente cicatrizzata si lamenta di forte cefalea frontale ed accusa disturbi nella masticazione per la presenza del proiettile nella regione mascellare destra. In seguito (settembre 1918) viene trasferito all'Ospedale Militare Vittorio Emanuele III di Spezia e di là, dopo breve periodo di degenza, è inviato in licenza di convalescenza di mesi quattro. In questo frattempo l'infermo si lagna di cefalea continua ed intensa che in certi momenti (a dire del paziente) è assolutamente insopportabile e lo spinge a commettere qualunque cosa pure di sottrarvisi.

Dopo un altro lungo periodo di licenza l'infermo viene sottoposto a visita collegiale e riformato con una pensione con la seguente diagnosi.

Emiatrofia della metà sinistra della faccia; permanenza di proiettile nella mascella destra; cefalea.

Continuando al paziente i disturbi suddetti ed aggravandosi anzi con vertigini frequenti, egli si fa visitare dal dottor Angelo Lucri, Capo Reparto Chirurgico in questo Ospedale, che lo invia da uno specialista per le malattie degli occhi affinchè gli faccia l'esame del fondo dell'occhio, accusando l'infermo diminuzione del visus che, a suo dire, è caratterizzata da una forte nebbia che gli impedisce la visione degli oggetti e delle persone anche da distanze minime con speciale riguardo però all'occhio sinistro. L'esame del fondo dell'occhio dà il seguente risultato: *Nulla di morboso ai mezzi diottici. Papilla da stasi, senza atrofia del nervo ottico.* In seguito al risultato della visita dello specialista egli viene fatto entrare nella Sezione Chirurgica il giorno 17 novembre 1920 e viene deciso l'intervento chirurgico.

ESAME OBIETTIVO. — Il paziente appare deperito ed anemico di colore pallido, nulla di morboso si mette in rilievo a carico dell'apparato respiratorio. A carico dell'apparato circolatorio si nota una lieve bradicardia (60 pulsazioni al minuto primo). A carico della faccia si nota una lieve emiatrofia della metà sinistra. La pelle è biancastra, i muscoli sono leggermente atrofici specie quelli destinati alla masticazione. La sensibilità è completamente intatta e non si osservano nè disturbi vasomotori e secretivi. Addome normale e trattabile, nulla di morboso a carico degli organi addominali. Negativo l'esame chimico delle urine. A carico della lingua si nota un leggero tremore, nessun spostamento o deviazione di essa. I movimenti dei bulbi oculari non sono per nulla alterati. Non vi è strabismo nè nistagmo. L'infermo cammina diritto e nella colonna vertebrale non esiste alcuna alterazione scheletrica. È presente, in lieve grado, il fenomeno di Romberg. *Non ha nessun disturbo a carico della parola.* Presenta normali i riflessi rotulei ed achillei. Niente clono della rotula e del piede. Normali pure i riflessi addominali ed epigastrici. Assente il fenomeno di Babinski. A carico dell'apparato visivo si nota che non esiste disuguaglianza pupillare. Normale il riflesso alla luce incidente e conservate le modificazioni accommodative della pupilla. L'infermo si lamenta di vedere, specie colla visione monocolare (occhio sinistro), confuso ed indistinto. Normale il senso dell'udito eccettuato qualche ronzio intenso ad intervalli specie all'orecchio sinistro. Normale il senso dell'olfatto e del gusto, come pure la sensibilità profonda ed il senso di equilibrio. L'infermo non ha mai sofferto, durante l'attuale affezione, *di accessi convulsivi.* Non esiste atassia. Percuotendo col dito sulla regione fron-

tale sinistra si risveglia un vivissimo dolore che si estende a tutta la regione temporale e parietale omonima. *L'infermo non ha mai avuto rialzi febbrili, nè vomito, nè nausea.* In corrispondenza della regione frontale sinistra si mette in evidenza coll'ispezione una cicatrice triangolare biancastra, dura al tatto e dolente alla pressione, e si nota colla palpazione che in corrispondenza di detta cicatrice esiste un lieve callo-osseo. Con l'esame psichico si mette in rilievo che l'infermo è taciturno, in stato di modica depressione. Risponde bene alle domande che gli vengono rivolte. Ha un contegno normale non ha allucinazioni. Non delirio, nè disorientamento. L'affettività e l'emotività sono normali. Normale la scrittura e la lettura (in corresponsione del grado di cultura del paziente). Il saggio dell'estensione del patrimonio ideativo che si pratica, facendo all'ammalato numerose domande circa la famiglia e il modo di vivere, è normale giacchè egli risponde con precisione e prontezza. Il chirurgo in base ai dati dell'esame del fondo dell'occhio ed al decorso della lesione, posta la diagnosi di probabile ascesso cerebrale, stima necessario l'intervento che viene eseguito il 20 novembre 1920.

Anestesia cloroformica *previa iniezione di morfina.* Incisione della cicatrice a lembo in basso. Resezione atipica dell'osso frontale sinistro. Giunti colla fresa sul tavolato interno e prima di averlo usurato completamente comincia a gemere quache goccia di pus denso, giallo verdastro, poco fetido.

Allargata sufficientemente la breccia operatoria, previa asportazione di un disco osseo, fuori esce prima a nappo e dopo sincrono con le pulsazioni del cervello, una quantità di pus impressionante che è stata giudicata circa di 200 centimetri cubici. Il pus non e fetido e nella massa purulenta non si notano sequestri ossei ed è solo leggermente striato di sangue. Toilette della cavità, zaffo profondo. La temperatura dell'infermo, che per tutto il decorso dell'affezione è stata perfettamente normale, ha subito per i primi tre giorni dopo l'intervento, un lieve rialzo vespertino sui 37°5-38° centigradi, e trascorsi i detti giorni è ritornata perfettamente normale sino al giorno in cui l'infermo è stato dimesso dall'ospedale guarito. Nei giorni successivi la quantità di pus è andata sensibilmente diminuendo e si è sostituito allo zaffo un piccolo drenaggio tubulare che in ventesima giornata è stato tolto. Durante le ulteriori medicazioni non avemmo a notare, nei primi due giorni, solo che la perdita, attraverso la ferita chirurgica, di modiche quantità di liquido cefalo-rachidiano. In data 24 dicembre l'infermo esce dall'ospedale ristabilito completamente.

Ho voluto ricordare il caso sopra descritto per diversi motivi. Prima di tutto per portare un modestissimo contributo alla casistica degli ascessi cerebrali postumi a ferite e traumi del capo, a distanza di tempo più o meno grande dal momento in cui agì il trauma primitivo. Diversi casi ne sono stati descritti e diverse dispute sono sorte sul modo di interpretare lo svolgersi ulteriore del processo.

Così per esempio Harrison osservò un caso di ascesso cerebrale della regione parietale sinistra in un giovane a ventisei anni che undici anni prima aveva sofferta una frattura del cranio a sinistra seguita da suppurazione dallo stesso lato in occasione di un colpo ricevuto sul parietale destro. Shapleigh riferisce un caso nel quale l'ascesso cerebrale durava da 15 anni. Gerhardt e Scott in un altro caso gli attribuirono un corso di 21 anno; infine Hartin crede che l'ascesso nell'infermo da lui descritto abbia avuto la durata di 26 anni. Sorsero però delle contestazioni e voci autorevoli si levarono sul modo di interpretare il fatto e fra i primi il prof. Durante in Italia giudicò che vi fosse errore di interpretazione clinica e formulò diverse ipotesi per spiegare il fatto. Egli difatti crede che la raccolta marciosa, spentasi spontaneamente in flogosi, si incisti, mantenendo però i tessuti circostanti in uno stato di vulnerabilità per cui il soffermarsi di pochi cocchi piogeni che accidentalmente possono *capitare in circolo risveglia il processo aumentando contemporaneamente* il contenuto incapsulato.

Al riguardo egli fa altre ipotesi, quale quella che il processo marcioso incapsulato contenga i piogeni che lo determinarono attenuati ma non spenti, sicchè dopo un periodo più o meno lungo di latenza per ragioni di circolo o per disturbi molecolari organici si desta transitoriamente la loro virulenza, per cui si infiamma il tessuto molecolare e la raccolta aumenta per nuova formazione di pus. Io credo che a spiegare il nostro caso, data l'ubicazione dell'ascesso ed il suo sviluppo postumo a ferita da scheggia di granata dell'osso frontale sinistro, si possa ritenere come probabile la seguente ipotesi, che cioè per fatti di osteo-periostite tardiva postuma a lesione ossea e per probabili infezioni da cocchi piogeni provenienti dalle cavità nasali per i seni frontali, si sia iniziato il processo suppurativo che ha dato luogo, aumentando la raccolta di pus, all'ascesso sudescritto. Merita inoltre un cenno il decorso dell'affezione che per quanto non comune e non rigorosamente classico per il modo come esordì e per le manifestazioni cliniche è ad ogni modo descritto. Diversi autori e trattatisti da Oppenhein al Begouin, al Schloffer, al Preysing, al Staehelin, al Charcot; dal Tilmal al Dejerine tutti sono concordi nell'affermare che per quanto vi siano casi di ascessi cerebrali che decorrano con una lieve sintomatologia e fenomeni di scarsa importanza pure questa non è la modalità più frequente di decorso che trova invece il suo quadro completo in una sindrome ben netta

e differenziale con caratteri propri e fenomeni generali e da focolaio. Vomito, febbre remittente, cefalea intensa, fatti convulsivi, polso bradicardico, disturbi a carico dei nervi oculari, sono il referto clinico su cui prende consistenza la diagnosi netta e precisa dell'ascesso cerebrale. La papilla da stasi — così si esprimono la maggior parte degli autori consultati — dovrebbe essere un sintomo importante differenziale tra il tumore ed ascesso mancando in quest'ultimo ed essendo invece presente nel primo; così pure i fenomeni febbrili parlano in favore di una encefalite purulenta, come definisce lo Strümpell l'ascesso cerebrale e contro il tumore.

Voglio infine, prima di chiudere questa mia breve nota, fare alcune considerazioni di carattere fisiologico con la speranza di portare un esiguo contributo alla resoluzione della grande questione su cui ancora si dibatte e si discute la fisiologia e che non ha ancora ricevuta una sanzione decisiva. I fisiologi e gli psichiatri dal tempo di Gall ad oggi variamente hanno spiegato ed interpretato le localizzazioni cerebrali nei lobi frontali perchè mentre da una parte vi è chi pone nei lobi frontali il centro più importante delle facoltà intellettuali e ne fa la sede dei centri psichici superiori (e fra i sostenitori di questa teoria vi sono il prof. Leonardo Bianchi, il prof. Tamburini ed il prof. Durante), dall'altro vi sono persone autorevolissime come il Munk ed il Goltz e fra gli italiani il prof. Luciani, i quali, con fatti valorizzati da esperienze e da ricerche cliniche, negano ai lobi frontali una speciale importanza come sede delle facoltà psichiche superiori ed ammettono i primi che la intelligenza non abbia una localizzazione speciale ma sia il risultato di un lavorìo complesso di tutta la corteccia cerebrale mentre il prof. Luciani attribuisce invece uno speciale valore alla *zona posteriore del Flécksig* o con più esattezza *alla zona F di Munch.*

Se dall'interpretazione del nostro caso se ne debbono trarre delle conclusioni, esse non possono essere altro che nettamente favorevoli alla dottrina che nega esistere nei lobi frontali una speciale sede delle funzioni psichiche superiori. Difatti nell'infermo, per quanto grave fosse la lesione, minimi ed insignificanti furono i disturbi psichici. Egli non ebbe mai alterazioni gravi del carattere, nessun squilibrio mentale, nessuna deficienza, e normale si è conservata la sua emotività così pure la sua intelligenza.

La compressione determinata dalla grossa raccolta purulenta sul lobo frontale sinistro certamente deve avere agito anche sulla terza circonvoluzione frontale e più precisamente sulla sezione posteriore. Già sino dal 1825 G. B. Bouillaud pubblicò una memoria intitolata «Ricerche cliniche» diretta a dimostrare che la perdita della parola corrisponde alla lesione dei lobuli anteriori del cervello e a confermare l'opinione di Gall sulla sede dell'organo del linguaggio articolato. Egli, con dati clinici e con vari reperti necroscopici, dimostrò che l'afasia corrispondeva sempre a lesione dei lobi frontali. Marc Dax nel 1836 dimostrò che l'afasia seguiva sempre e soltanto a lesioni della metà sinistra del cervello. In seguito, nel 1861, Broca, in una memoria rimasta celebre e presentata alla Società Antropologica di Parigi, disse che il centro della favella sta nella terza circonvoluzione frontale sinistra e più precisamente nel segmento inferiore di detta circonvoluzione o nella Pars opercularis. Nel 1906 Pierre Marie ha messo nuovamente in campo la questione della esatta localizzazione del centro della parola ed ha annunziato: 1° Che l'afasia vera è consecutiva ad uno stato demenziale; 2° Che la zona del centro della parola non corrisponde al piede della terza circonvoluzione frontale sinistra le di cui lesioni non hanno nessuna influenza sul linguaggio, ma a tutto il lobo parietale inferiore di sinistra ed all'estremità posteriore delle prime due circonvoluzioni temporali; 3° Che non si può parlare di afasia atassica, ma di anartria causata, conosciutissima dal 1900, anche del resto, secondo gli studi del prof. Mingazzini, da distruzioni estese del nucleo lenticolare sinistro.

Dopo queste premesse io noterò che nel nostro infermo, per quanto estesa fosse la compressione su tutto il lobo frontale sinistro, non si ebbero mai disturbi nell'articolazione della parola o perdita parziale e completa della memoria e della parola.

Riassumendo, io ho creduto di esporre il caso descritto sopra per i seguenti motivi:

1° Per far presente come a distanza di parecchi anni dal giorno in cui ha agito un trauma sul capo possono secondariamente, per cause concomitanti, riaccendersi fenomeni suppurativi;

2° Per dimostrare come, di fronte ad un reperto obiettivo così imponente, scarsa e lieve sia stata la sintomatologia.

3° Per portare un appoggio a quella dottrina che nega ai lobi frontali una speciale dignità quale centro dell'intelligenza o delle facoltà psichiche superiori, ed al centro di Broca nega l'importanza speciale quale centro della formazione della parola.

BIBLIOGRAFIA.

LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo*, volume 3°. — Milano, 1908.

DURANTE. *Patologia e Terapia Chirurgica*, volume 30, pag. 186.

STRÜMPELL. *Patologia speciale medica*, vol. 2°, parte 2ª: *Malattie del sistema nervoso.*

OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nerven-Krankheiten*, volume 2°.

TANZI e LUGARO. *Trattato delle malattie mentali*, volume 2°.

MINGAZZINI. *Anatomia clinica dei centri nervosi.* — Torino, 1910.

SCHLOFFER TILMANN-PREYSTING C. *Chirurgia del capo*, pag. 116 e seg.

L. MORK e R. STAEKELIN. *Trattato di Medicina interna. Il sistema nervoso*, volume 5°.

BEGONNI-BOURGEOIS, volume 1°, pag. 747. *Dell'ascesso cerebrale.*

Prof. P. SORRENTINO. *Contributo alla dottrina dell'afasia.* « Policlinico », maggio 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

Intorno ad un caso di colostrorrea gravidica.

All'osservazione clinica del dott. T. Luzzatti, di cui è parola nella Sezione pratica (fasc. 50, dicembre 1920) riflettente un caso eccezionale di galattorrea, parmi interessante per la statistica aggiungere un altro caso clinico da me osservato nell'agosto 1920.

Trattasi di giovane donna, primipara, dell'età di anni 22, stata sempre sana ed al presente anche fiorente di salute, rubiconda.

Mestruata a 13 anni, ebbe mestruazioni sempre regolari.

Incinta, nei primi mesi di gravidanza non ebbe a notare disturbi gastro-enterici od altro fenomeno simpatico.

Al 5° mese di gravidanza invece si accorse di un flusso copioso, spontaneo, continuo dalle mammelle, che le bagnava il petto e gli indumenti.

Preoccupata dello strano fenomeno e temendo dannosa influenza sull'ulteriore andamento della gravidanza, richiese il mio parere al riguardo.

All'esame le mammelle presentavano gli ordinarii mutamenti proprii della gravidanza, senza eccessiva ipertrofia: i capezzoli erano normali, ma non retratti: il liquido, che veniva fuori spontaneamente dalle mammelle, aveva l'aspetto e carattere di colostro. Non erano in atto malattie proprie della gravidanza o che questa complicassero. Assicurai la donna di nulla avere a temere.

Si manifestarono in seguito erosioni e ragadi ai capezzoli, che ben presto guarirono, trattandole con glicerina tannica (1: 10), medicazione che la paziente continuò anche quando non erano in atto altre lesioni consimili.

Il flusso colostrale intanto permaneva sempre copioso. Però al 7° mese di gravidanza, senza causa apprezzabile, a dire della paziente, spontaneamente si arrestò.

La gravidanza procedette regolare: si ebbe parto a termine: fisiologico, come fisiologico fu il puerperio, e, ciò che è più notevole, al terzo giorno dal parto cominciò la secrezione di latte, come d'ordinario, raggiungendo poi il suo grado normale senza altra anomalia.

Non devo tacere che mi impressionò la conformazione dei capezzoli, aventi aspetto analogo a quelli di una nutrice. D'altra parte ricordai avere avuto non di rado a curare in donne non incinte, nè nutrici, ascessi delle mammelle con concomitanti erosioni e ragadi dei capezzoli per effetto di suzioni, come le stesse mi avevano confessato.

Nel caso che ne occupa, dubitai di un analogo meccanismo. Per quanto difficile il compito, con un artificio riuscii ad averne la conferma per via indiretta ed in tal modo ad impedirne l'ulteriore pratica.

È inutile soffermarmi sull'interpretazione del fenomeno, dopo quanto ampiamente e magistralmente ha esposto il Luzzatti in proposito.

D'altronde, scopo della mia comunicazione è portare un contributo alla statistica.

Nondimeno giova notare che, se la mia osservazione è una conferma di quella del Luzzatti, dimostra al contrario che la paziente dopo il parto non divenne galattorroica. Onde può stabilirsi il fatto dell'esistenza di una colostrorrea gravidica, in quanto iniziatasi precocemente ed in proporzione molto spiccata durante la gravidanza, si arresta durante la stessa.

Fornisce altresì la prova che lo stimolo capace di determinare la colostrorrea sia di origine locale e che la soppressione di esso può, da sola, determinare l'arresto del flusso abnorme.

Di vero, nella mia paziente potetti accertare che suzioni vi erano state. Analogamente a quanto si verifica nell'allattamento, nel quale la secrezione di latte è in relazione con lo stimolo della suzione, ben poteva lo stesso stimolo determinare un aumento del lavorio secretore, che d'ordinario si inizia nelle mammelle nei primi mesi di gravidanza.

D'altra parte la permanenza del flusso abnorme anche dopo la guarigione avvenuta delle ragadi esclude che il suo arresto fosse dovuto a siffatta causa.

La donna continuò, è vero, nella unzione dei capezzoli, ma fu anche avvertita di evitare ulteriori suzioni. Nella soppressione di queste, almeno nella fattispecie, deve ricercarsi la ragione della cessazione della colostrorrea, così come si verifica nello svezzamento, nel quale la secrezione lattea cessa pel fatto solo che il bambino non viene più attaccato al seno.

Certo, perchè il fenomeno si avveri è necessario il concorso di tutti gli altri fattori: ipertrofia delle mammelle, loro iperfunzionalità, partecipazione del simpatico, diminuito tono vitale delle fibre muscolari liscie, ecc., come il Luzzatti ha prospettato.

Pignataro Maggiore, 12 gennaio 1921.

Dott. P DEL VECCHIO.

Un toracopago novissimo.

Dott. GIUSEPPE MEROLILLO, medico-chirurgo.

Si tratta di un un feto doppio, che si allontana di molto dai diversi tipi finora conosciuti, e che offre il destro di tornare (confermandone la ipotesi) su qualche quistione di embriologia, che io sbozzerò soltanto, affinchè



Fig. 1.

non si dica che voglio invadere il campo dei più competenti.

Si direbbe un cefalotoracopago anencefalo.

Ma la testa *non è doppia;* non solo, ma quanto *non presenta alcuna traccia di doppiezza*; mentre invece con essa si articolano, non una, ma tutte e due le colonne vertebrali del feto bigemino.

In altri termini: i due feti, saldati, hanno una sola testa, simmetricamente disposta sui due tronchi. Dessa, poi, anencefala.

Gustavo Veit ha fatto una triplice distinzione di feti doppi:

La prima comprende i bigemini incompleti nella parte inferiore del tronco (dipigi), o nella parte superiore (cefalotoracopagi), nei quali le due teste sono saldate in modo da risultare singolarmente incomplete; val quanto dire, la testa è doppia,. ma non più anatomicamente divisibile in due.

La seconda comprende i bigemini attaccati l'uno all'altro nella parte superiore (craniopagi), o nella parte inferiore del tronco (ischiopagi, pigopagi).

La terza, i bigemini saldati pel tronco (toracopagi).

Lauro, parlando di gemelli aderenti, dice che le aderenze possono verificarsi a livello della testa e del tronco (piano anteriore e posteriore), così da aversi: cefalopagi, cefalotoracopagi, o pigopagi, ischiopagi, e sternopagi, xifopagi, ecc.

Tirando le somme, si tratta, in genere, di due corpi, che, nell'aderire, non perdono, nelle parti adese, le stimmate della loro duplice formazione, perfino nella testa, dove sono, per la sua stessa struttura, mai sempre appariscenti.

Osservando il mio feto-doppio, è evidente che i due feti sono saldamente attaccati per un emitorace (eteronimo), sì da aderire completamente nella spalla, che diventa doppia, e determinare, in sopra di questa, la convergenza delle due colonne vertebrali (fig. 2).

La testa che vi si impianta, mostruosa che sia, certo, non doppia, sta normale al piano di divisione dei due feti, come chiaramente appare dalle figure 1 e 2, quasi ne toccasse ad ognuno la giusta metà. È simmetrica; difatti gli organi vi sono normali per sede e per numero. Gli emitoraci, poi, non aderenti, sono disposti, in sotto dell'unica faccia, come facenti parte, con essa, di un solo individuo; se non che, le rispettive formazioni toraciche superiori sulle quali la testa si affaccia (fig. 1) sono effettivamente due spalle di due *individui*, o feti diversi.

Nè si può parlare qui di atrofia di una parte del corpo di un feto, e cioè atrofia della testa, per diminuitavi pressione sanguigna, in rapporto all'altro feto. Sarebbe ammissibile qualora si potesse constatare veramente che uno di essi sia acefalo. Ma, premesso che mostri acefali, nel significato assoluto della parola, non sono stati mai osservati, sì bene acardiaci, nei quali, atrofizzandosi cuore e polmoni, si atrofizza con essi quasi tutta la metà superiore del tronco (Schroeder), tuttavia dovrebbe notarsi (ammettendoli) verso l'estremità

nucale di alcuno dei feti, un arresto di sviluppo; o, quanto meno, una differente direzione delle due colonne vertebrali, di cui una mettesse in vista l'atrofia.

Qui invece notiamo che l'unica testa poggia sulle due colonne vertebrali convergenti, ed appare simmetricamente divisibile fra i due tronchi. *A quale mancherebbe?*

È anencefala; il labbro superiore, enormemente sviluppato, pende (fig. 1), con marcate pliche trasversali, a guisa di grossa lingua, o proboscide, sul labbro inferiore, che ne è coverto fino a metà del mento; ma la mancanza della volta cranica e del relativo contenuto, come la mostruosità del labbro superiore, sono fenomeni che si osservano anche fuori dei feti doppi; epperò nessuna spiegazione potrebbero fornire, oltre che far rilevare altre mostruosità in un mostro singolarissimo.

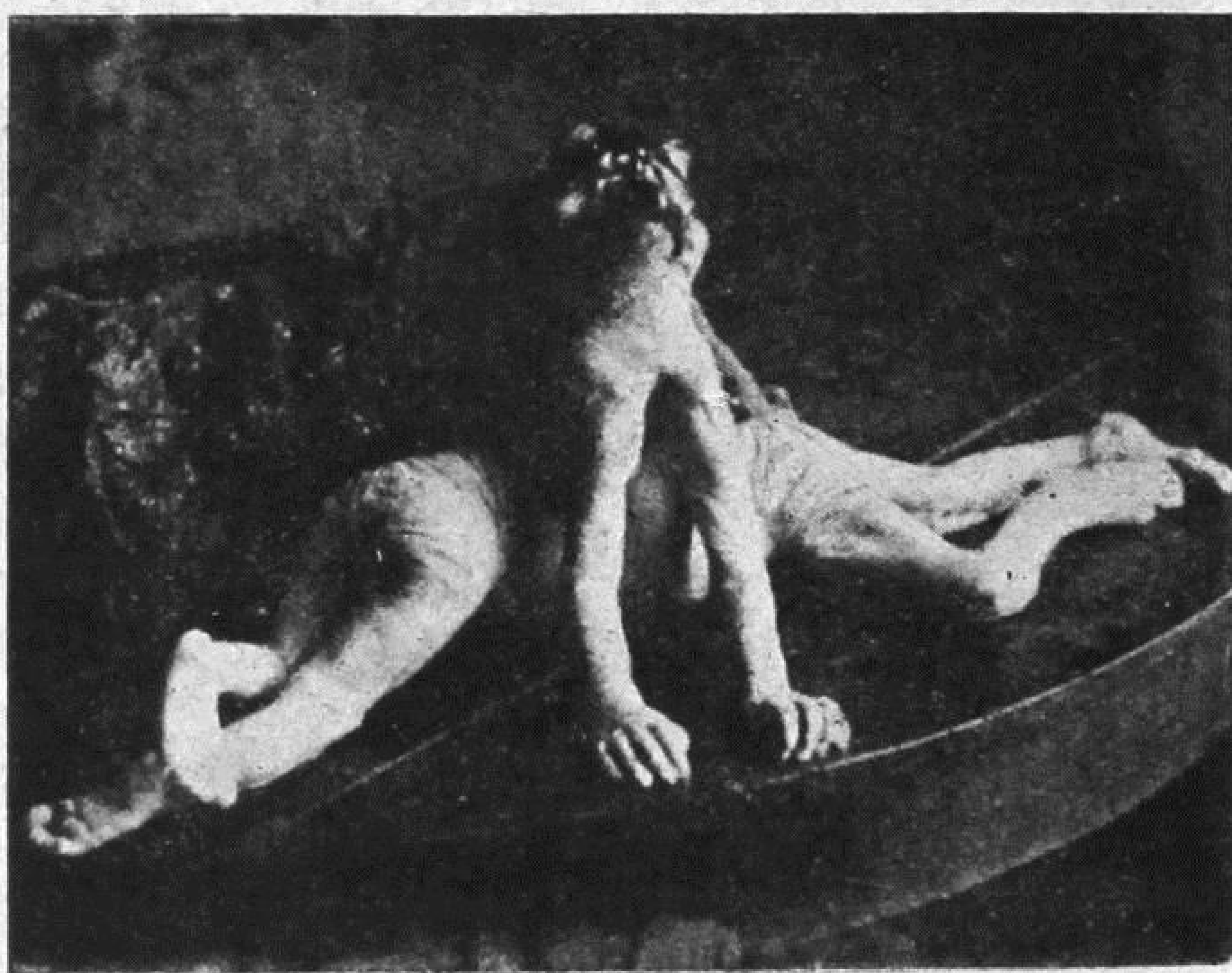


Fig. 2.

Inoltre, c'è la conferma anatomica. All'autopsia, iniziando i miei rilievi dall'addome, ho notato di speciale:

Fegato doppio, simmetricamente diviso nelle due cavità; da cui i vasi sopra-epatici si dirigono rispettivamente al cuore dei singoli feti.

Gli organi interni del torace, *divisi;* quelli dell'emitorace adeso, meno sviluppati. I tessuti molli e duri della parete toracica sono fusi nell'emitorace attaccato; distinti, nell'altro, e bene sviluppati.

Le colonne vertebrali dei due feti, a partire dalla 5ª dorsale, o quasi, vanno convergendo sempre più, fino alla cartilagine dell'atlante, diventata unica, irregolare, risultante dalla fusione di due insieme, con cui si articola il forame occipitale.

È un *emitoracopago monocefalo* anencefalo. Per dare una spiegazione a così eccezionale formazione, certo, non è sufficiente la sola ipotesi che il Cuzzi ha ammessa per quella delle gravidanze molteplici: e cioè che esse siano dovute alla fecondazione di un solo uovo che contiene più vescicole germinative; o che, pur avendo una sola vescicola, per la sua ricchezza di materiale formativo, si segmenta in corrispondenza dell'area embrionaria. Si deve invocare inoltre una segmentazione in senso longitudinale imperfetta; ovvero che le due vescicole contenute in un ovulo, per rottura o divisione dell'area blastodermica, si siano fuse in un solo ovicino: verificandosi così l'osservazione di Baer, che, in un'area trasparente di un uovo di gallina di 53 ore di incubazione, vide due tronchi di embrione con le teste fuse.

Quello che pare indispensabile si è che nell'embrione deve aversi fusione dell'estremo cefalico dei foglietti blastodermici, provenienti da due vescicole germinative contenute nello stesso uovo.

Tanto spiegherebbe, se non in tutto, in buona parte, la evoluzione futura delle anomalie constatate nel mio feto doppio: comunque, a me basta la obbiettiva esposizione del caso, con i pochi rilievi suesposti, sul quale l'embriologo dirà l'ultima parola.

Camigliano, novembre 1920.

LETTERATURA.

CUZZI ALESS. *Trattato di Ostetricia e Ginecologia.*
C. E. VON BAER. *De ovi mammalium et hominis genesi.* — Lipsia.
SCHROEDER. *Trattato di Ostetricia.*
VEIT GUSTAVO. Samml. klin. Vort., n. 164, 165. Leipzig, 1879.
LAURO. *Diz. Rubino.* Voce: *Gemello.*
BEAUNNIS e BOUCHARD. *Embriologia.*
ROSSI DORIA. *Ostetrica moderna.*

IGIENE.

Relazione medica finale sulla 2ª Campagna Antimalarica all' "Acquataccio,,.

Nella mia relazione dell'anno 1919, io concludevo come segue: «Individui visitati 606; malarici cronici 425; con febbre 263; cioè oltre il 50 % di quella popolazione era rappresentato da individui malarici cronici e di questi oltre la metà (263) recidivarono; poche forme primitive o reinfezioni; 3-4 sole perniciose; nessuno ospedalizzato; nessun morto».

Il bilancio di quest'anno è stato il seguente: «Individui visitati 712; malarici cronici 488; febbri così ripartite: recidive 88, primitive 9, perniciose 9; ospedalizzati grandi 6, piccoli a Sant'Egidio 5; morto nessuno».

Poche considerazioni sull'andamento comparativo di queste due annate malariche: Essendo io stato dall'Ufficio VIII confermato nell'incarico per la profilassi antimalarica all'Acquataccio, mi fu dato di accrescere il numero dei visitati, ciò che mi portò a rintracciare tra essi anche un maggior numero di malarici cronici; ma mentre nel 1919 io ebbi 263 individui con febbri, nella maggior parte recidivi, quest'anno ebbi solamente 88 recidive, cioè *la percentuale del* 1919 *del* 50 % *è discesa al* 18 %. Il maggior numero di primitive, 9, si ebbe in persone che avevano sfuggita la cura preventiva; tra i 6 casi di perniciosa ebbi una subcontinua pneumonica e due eclampsiche, quasi tutte in soggetti precedentemente immuni da malaria.

Questi risultati, modesti, incoraggianti, ma quel che più preme sinceri, dimostrano l'efficacia della *cura intensiva* praticata nel decorso anno ai malarici in atto, la cui cifra, ripeto, dal 50 % è scesa al 18 %. E merita rilievo la migliorata condizione generale di salute che si nota nella popolazione, che si è avvantaggiata con la *cura preventiva;* ma un enorme valore si deve attribuire alla *lotta antianofelica* che si è svolta con criteri pratici sul corso dell'Almone, col lavoro degli incastri; sulle centinaia di fossi e raccolte d'acqua stagnanti che vennero con tutta regolarità petrolizzati e sulla caccia spietata fatta agli alati nei locali domestici.

Il risultato incoraggiante ottenuto in due anni di campagna antimalarica, in una delle zone più colpite del Suburbio, serva di monito alle Autorità preposte alla pubblica salute (Governo, Provincia, Comune) ad intensificare la lotta nei dintorni della Città dacchè, come già scrissi altra volta, essa stessa (Q. Trionfale) comincia ad essere contagiata; ad intraprendere vere «*campagne specifiche intensive*» dirette da malariologi.

31 dicembre 1920.

Dott. OMERO RICCI.

Relazione sulla Campagna Antimalarica nelle località: Capannelle, Torre di Mezzavia, Fiorano.

Nei primi giorni del mese di settembre di quest'anno l'Ufficio d'Igiene veniva a conoscenza come, nelle suddette località, si fosse sviluppata una vera epidemia malarica, per cui in pochi giorni *si erano già avuti tre decessi* e parecchi individui erano stati ricoverati negli Ospedali.

L'Ufficio VIII, e per esso l'on. assessore Marchiafava, disponeva perchè un sanitario venisse incaricato della ricerca e cura dei malarici e della profilassi antimalarica; ed in unione agli ispettori dell'Ufficio d'Igiene addetti a tale servizio, si indagasse la causa di questa nuova epidemia e si procedesse alla disanofelizzazione e piccola bonifica possibile.

Le località godevano fama — pure per affermazione del prof. Alessandrini dell'Istituto Zooprofilattico — di essere state sempre per il passato località indenne da malaria: Doveva dunque esservi stata una causa tutto affatto nuova a dar ragione dell'epidemia.

L'ispettore dott. Maggi aveva già portata la sua speciale attenzione su quelle località e vi aveva in agosto tenuto delle conferenze, per mettere quelle popolazioni sull'avviso del pericolo che correvano.

Le indagini fatte approdarono a questo, che a cagione di lavori interni fatti dalla Direzione Militare degli *hangars* per dirigibili al campo di Fiorano, al principio proprio del recinto venendo da Roma si versa nel fosso stradale di sinistra un corso d'acqua generalmente abbastanza limpido, che scorre dapprima mosso e poi forma piccoli ristagni, finchè, a livello dell'Istituto Zooprofilattico, attraversa al di sotto la strada e passato nel fosso stradale di destra forma ampi ristagni. In queste acque furono praticate abbondantissime pescate di larve di *Culex* ed *Anopheles*, pesche che trovarono conferma nell'abbondantissima caccia di insetti alati rinvenuti nelle abitazioni e nei locali adibiti per animali.

La indagine medica appurò che nel Campo di Motoaratura di Stato erano stati, in questi ultimi mesi, adibiti militari di truppa molti dei quali provenienti dall'Albania o dal Piave ove avevano contratto malaria e che attrattivi da un compenso pecuniario giornaliero, vi si erano soffermati, in opposizione alle stesse disposizioni emanate dalla Direzione Generale di Sanità Militare. A conferma di ciò si citano ad esempio i seguenti casi: del soldato Pini Livio che con accesso febbrile malarico, fu trattenuto per del tempo in quella località; del caporale Moroni inviato all'ospedale militare per

perniciosa; dei soldati Segala e Bresciani, tutti del 3° Artiglieria, parimenti colpiti da recidive malariche.

Va da sè che l'acqua proveniente dagli *hangars*, ed i malarici provenienti dall'Albania adibiti al Campo di Motoaratura, sono state le cause determinanti l'insorgere e diffondersi, in pochissime settimane, di una vera epidemia malarica, grave per numero ed intensità. La gravità può apparire dalle cifre che qui riporto, per cui al 30 novembre su 212 individui visitati, ebbi 59 malarici cronici e 55 primitive; 98 immuni; e dei 59 malarici cronici, 50 con febbre in atto; 9 perniciose; grandi ospedalizzati 6; piccoli a Sant'Egidio 4; cure d'iniezioni di chinino praticate 13.

La cura intensiva a base di iniezioni ipodermiche mi dette ragione della gravità delle perniciose; ed intanto iniziai coi cronici la cura intensiva per tre settimane, di due grammi di bisolfato al giorno; la cura profilattica fu coadiuvata dalla somministrazione della mistura antimalarica così accetta. *Nessun morto.*

Per quanto riguarda i provvedimenti per la disanofelizzazione, oltre la catturazione di circa 3000 zanzare anofele, si è proceduto a petrolizzazione nei punti più fermi di acqua; alla rimozione parziale possibile di ristagni creati per bagno delle pecore ivi pascolanti nel corso del fosso, come pure nel prato di Capannelle; e si è provveduto ad accordi con il R. Genio Civile e con il signor conte Moroni, proprietario del terreno, per la regolarizzazione del corso d'acqua proveniente dagli *hangars*: Si interessò l'ufficio competente per la sistemazione dello scolo delle acque e della zona perimetrale della fontanella di acqua marcia presso la Barbuta.

La presente epidemia malarica serva di monito alle Autorità preposte alla pubblica salute ad intensificare la lotta nei dintorni immediati della città, da essa stessa (Quartiere Trionfale) comincia ad esserne contagiata.

Roma, 12 dicembre 1920.

Dott. OMERO RICCI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Arteriosclerosi.

(Ch. ED. NAMMACK. *Medical Record*, New York, novembre 1920).

È tale la confusione fra arteriosclerosi e ateroma, che Medici e profani quotidianamente fanno, che ogni tentativo di schiarimento non è mai inutile. Lo tenteremo anche noi ora.

Premettiamo un assioma militare: il successo in una guerra non è tanto quistione di uomini e di danaro, quanto di approvvigionamento. Un esercito cammina con lo stomaco, e il suo commissariato deve avere il 100 % di efficienza. Lo prova la storia di tutte le guerre, e sopratutto quella dell'ultima guerra mondiale. Orbene nel corpo umano vi sono milioni e milioni di cellule viventi attivamente e costantemente impegnate in una guerra contro il naturale processo di logoramento, contro i numerosi germi di malattie.

Come il nostro Commissariato sarà mantenuto nella più alta efficienza? Esso, che è costituito dal cuore e dai vasi, deve provvedere di aria e cibo, distribuendoli in qualità e in quantità, secondo il bisogno, e provvedendo alla rimozione dei rifiuti. Se consideriamo che un cuore allo stato di riposo, battendo 72 volte al minuto, compie una somma giornaliera di lavoro equivalente a più di 100 tonnellate, possiamo a cuor leggero imporgli l'enorme sopralavoro che con le emozioni inerenti alla lotta per l'esistenza volontariamente determiniamo? Ecco come può avvenire, specialmente per noi medici, che offriamo alle statistiche una percentuale di mortalità ben elevata, e che il sistema di approvigionamento dell'organismo si renda insufficiente e si prepari la sconfitta.

L'arteriosclerosi è un processo di degenerazione ialina degli elementi della parete arteriosa, con successiva sostituzione di tessuto connettivo prima iperplastico, poi retratto e indurito, mercè il quale processo le funzioni caratteristiche della parete vasale, cioè il proprio metabolismo, la proprietà di estendersi, e quella di contrarsi, sono diminuite o perdute. Essa è una condizione patologica definita che può trovarsi in qualsiasi età, qualora agiscano i suoi elementi etiologici. Sua sede precipua è nelle medie e piccole arterie ove è tessuto muscolare liscio. Mentre l'ateromasia è un processo degenerativo grasso della tunica media arteriosa con ipertrofia dell'intima, a chiazze più o meno grandi, più o meno diffuse con possi-

bilità di infiltrazione calcarea, essa è un processo fisiopatologico, compagno della età avanzata. Sua sede precipua è nelle grandi arterie, ove predomina il tessuto elastico. Spesso questi due processi si accompagnano, e dalla loro unione nascono quadri morbosi complessi, ma essi sono distinti in una individualità istopatologica propria, che è bene tener sempre presente. Anatomopatologicamente si danno quattro tipi di lesioni: 1° nodulare; 2° diffuso; 3° senile; 4° sifilitico: il primo si trova particolarmente sull'aorta e sui grossi vasi; il secondo non ha mai l'istesso grado in tutte le sezioni dell'albero arterioso; il terzo si accompagna spesso a depositi calcarei e a dilatazione dell'aorta; il quarto dà delle placche sui grossi vasi, di tessuto gommoso, e quindi cicatriziale, con tendenza alla dilatazione aneurismatica, mentre sui piccoli vasi dà spesso una ipertrofia muscolare, una fibrosi massiva di tutta la parete, o una marcata proliferazione dell'intima, che mena all'endoarterite obliterante.

Etiologia. — Varie cause son da prendere in considerazione, come l'ereditarietà, l'età, il sesso, l'alcool, le malattie veneree, le malattie infettive acute, la vita intensamente emotiva, lo strapazzo, ecc. L'ereditarietà è diretta quando sussiste in famiglia un'originaria fragilità o suscettibilità ai tossici nella parete dei vasi, mentre è indiretta quando sussiste in famiglia una tendenza a mal definite autointossicazioni e alterazioni del metabolismo. L'età si addimostra un fattore importante quando la vita trascorre non equilibrata e serena. Il sesso è un fattore che va perdendo d'importanza come la donna diviene competitrice dell'uomo in tutte le manifestazioni dell'attività sociale. L'alcool è un fattore da non disprezzare, ma la cui importanza è stata esagerata. La sifilide è il fattore predominante della sclerosi vasale nel giovine, e può attaccare ognuno dei tre strati della parete, localizzandosi principalmente nel cervello, perchè l'arterite sifilitica preferisce i vasi provvisti di guaine linfatiche. Tra le malattie infettive acute sono specialmente sclerotizzanti il Reumatismo articolare acuto e il Tifo. L'emotività intensa si accompagna ad alta tensione vascolare, sforzo vasale, ispessimento compensativo, cuore ipertrofico. Il lavoro muscolare specie se eccessivo ed accompagnato all'alcool e ad un vitto ingombrante, è un fattore importante nelle classi lavoratrici. Importanza enorme hanno tutte le cause che inducono forte tensione endovasale, come i veleni endogeni dell'alterato ricambio nella gotta, nel diabete, nella nefrite cronica, nell'obesità: gli eccessi della tavola sono deleterii per lo stesso meccanismo d'azione. Però non tutti gli arteriosclerotici hanno forte pressione vasale. L'Endocrinologia per ora non ci sa dire nulla di positivo non ostante quanto finora sia stato dagli specialisti affermato.

Sintomatologia. — L'arteriosclerosi non ha sintomi suoi propri, ma la sua sintomatologia è in diretto rapporto con l'alterata funzionalità di uno o più organi del corpo, allorquando a questi i vasi non sono più in condizione di portare sufficiente alimento, sufficiente provvista di sangue. La sintomatologia dunque è multipla. Alcune volte è oscura del tutto, altre volte è presuntiva, alle volte è facile e chiara quando l'ipertrofia del cuore, l'accentuazione del 2° tono aortico, l'ispessimento arterioso visibile e palpabile, l'aumento della pressione vasale rendono indubbia la diagnosi. L'ipertensione dev'essere ritenuta un processo fisiopatologico di compenso, come una cardiopatia in compenso: essa protegge la vita, e solo quando eccede alcuni limiti va corretta. Ad ogni modo, poichè una buona storia è mezzo diagnosi, anzi, talvolta, tutta la diagnosi, un'anamnesi accurata prossima, remota, famigliare con l'obiettivo di mettere in evidenza qualcuno dei fattori discussi nell'etiologia, è indispensabile. L'oftalmoscopio è utile in una diagnosi precoce e mostra lesioni nel fondo dell'occhio che possono essere suggestive e anche patognomoniche. In quanto all'influenza del tabacco, il suo uso moderato deve ritenersi innocuo, anche se sperimentalmente sia già dimostrato che il fumare un sigaro dopo il pranzo importi una perdita del 20 % dell'energia provveduta da un buon pasto.

Prognosi. — Vanno considerati: 1° la sede della sclerosi; 2° lo stadio probabile; 3° le complicanze esistenti; 4° il paziente stesso nelle sue abitudini, nel suo carattere, nella sua vita. La prognosi in linea generale è sempre riservata: sono tante e così improvvise le complicanze possibili, capaci di mettere in serio pericolo la salute e la vita! All'arteriosclerosi addominale si deve portare un'attenzione superiore a quella che di solito si suole portare: vi sono predisposti i mangiatori e i beoni, i dolori sono crampiformi, diffusi, ma specialmente localizzati all'epigastrio, e v'è tensione arteriosa generale elevata. Bisogna differenziarla dall'ulcera gastrica: questa si ha specialmente nei giovani, di sesso femminile; i dolori sono succhiellanti, in rapporto coll'alimento, irradiantesi a sinistra sulla colonna vertebrale; si può riscontrare sangue nelle feci; v'è anemia; la tensione arteriosa generale è bassa. L'emorra-

gia intestinale negli addomino-sclerotici è segno grave, che può indicare l'embolia o la trombosi dell'arteria mesenterica superiore, o, se nei piccoli vasi, la necrosi e l'ulcerazione dell'intestino.

Terapia. — Nell'etiologia si sono enumerati varî fattori, dei quali alcuni sono in nostra mano per eliminarli o modificarli, il che facendo, noi faremo opera capitale di profilassi e di terapia. Occorre individualizzare per essere efficaci e precisi, e adattare le funzioni vitali dei pazienti alle cause esterne, caso per caso. Lo strapazzo, la sifilide, gli eccessi alimentari, le preoccupazioni, l'intensa emozionalità, ecc., sono elementi che potremo dominare ed eliminare, se del caso, facendo il massimo utile ai nostri pazienti. Bisogna ricordarsi che sopra i quaranta anni ogni uomo o donna dovrebbe camminare quattro miglia all'aria aperta ogni giorno, badando anche a distrarre l'occhio, e l'attenzione dalla sua vita abituale. Si eliminino gli eccessi della dieta caratteristici dei tedeschi e degli scandinavi, come anche degli americani: frugalità. Dieta prevalentemente vegetariana, frutta, burro, latte, amilacei, pesce, pochissima carne. Ottimo è il latte acido. La balneoterapia richiede grande discriminazione, onde evitare, per es., il bagno freddo mattutino a coloro che non reagiscono bene, e il bagno caldo a coloro che sono affetti da sclerosi cerebrale. In quanto a medicamenti ci volgiamo spesso all'Joduro di Potassio, per la sua azione vasodilatatrice, ipotensiva, antiviscosa del sangue. Ma, all'infuori che nella sifilide, la sua azione è ritenuta da molti autori come puramente fantasiosa. L'Hood caldeggia la declorurazione dell'organismo, sia con una dieta povera di cloruro di sodio, sia con la somministrazione di Nitrato di Potassio in sol. 1 %, quindici gocce, tre volte al giorno, in un bicchiere d'acqua. Come ipotensivi si sono prescritti la Nitroglicerina, inefficace perchè si elimina troppo presto, o il Nitrato di Sodio che dura più a lungo. Nelle crisi anginose il Nitrito d'Amile è ottimo. Il Benzoato di Benzile, la tintura di aconito possono riuscire utili, se sorvegliati. Il siero Trunececk non ha valore. Le complicanze si curano secondo i casi, con le norme comuni della pratica medica. È la profilassi, come si vede, e la terapia causale, quando è possibile, sulle quali si può fidare per combattere una alterazione patologica così diffusa, come è la sclerosi arteriosa, specialmente se i medici potranno esplicare la loro opera attraverso lo sviluppo dell'igiene pubblica e delle provvidenze sociali.

N. GENTILE.

Ipertensione: significato, rapporto con l'arteriosclerosi e con la nefrite, ed etiologia.

(ELI MOSCHCOWITZ. *The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, novembre 1919).

Dell'interessante articolo del patologo americano riportiamo solo le conclusioni, rimandando il lettore per maggiori dettagli al testo originale.

Una ipertensione persistente rappresenta nel suo più stretto senso uno scompenso del circolo. Inoltre i fenomeni subiettivi e obiettivi di scompenso costituiscono un processo progressivo, e ogni ipertensione permanente, a meno che non si intromettano altri fattori complicanti, avrà eventualmente per risultato le più gravi manifestazioni di scompenso, rappresentate dal quadro clinico dell'insufficienza cardiaca.

I segni di scompenso possono essere subiettivi ed obiettivi: fra i due esiste solo approssimativamente un parallelismo: un miglioramento o un peggioramento subiettivi non sempre corrispondono a miglioramento o peggioramento obiettivi e viceversa.

Molti casi precoci di ipertensione essenziale, in cui la pressione sistolica e la diastolica non siano troppo alte, sono, per quanto le odierne osservazioni lasciano credere, interamente curabili.

La classificazione convenzionale dell'ipertensione in essenziale, arteriosclerotica e nefritica non è giustificabile su basi etiologiche. Una tale classificazione è piuttosto clinica e teologica. Su una simile base la classificazione dovrebbe includere anche un tipo cerebrale, uno cardiaco (coronario) e uno aortico.

La grande maggioranza dei disordini che si associano all'ipertensione persistente comincia come ipertensione «essenziale». Se non trattate, tali ipertensioni essenziali portano ai concetti clinici di ipertensione arteriosclerotica, nefritica e altre.

Tutti i fatti evidenti che abbiamo finora a disposizione sembrano dimostrare che l'arteriosclerosi (con la possibile eccezione della forma «decrescente» di Clifford Allbutt) è il risultato dell'ipertensione stessa o (meno facilmente) della causa che ha determinato l'ipertensione.

L'albuminuria non è conseguenza necessaria di una lesione anche profonda del parenchima renale: dei reni gravemente malati possono sussistere senza albuminuria. Le albuminurie associate a disordini cardio-vascolari (vizi valvolari, ipertensione, ecc.) sono piuttosto il ri-

sultato di alterazioni circolatorie intrarenali che di lesioni dirette del parenchima renale.

Le prove funzionali del rene ci permettono solo una classificazione biologica: sia i segni clinici che i saggi funzionali non ci permettono, eccetto che in un grado limitato, di diagnosticare il tipo anatomico di nefrite che sarà trovato all'autopsia.

Un'ipertensione può aversi con reni normali, o praticamente normali.

La confusa nomenclatura e classificazione di tipi di nefrite cronica dipende dal tentativo che si è fatto di definire ogni tipo come il risultato di una forma specializzata di lesione. Dei fatti dimostrano che la maggioranza di questi vari tipi non sono che gli stadi di uno stesso tipo ed hanno la medesima patogenesi. Essi perciò non sono risultati terminali, fatta eccezione del rene grinzo. Il tipo di rene che troveremo all'autopsia dipende allora dal periodo della patogenesi della sua malattia in cui il paziente viene a soccombere.

Dei fatti indicano che in molti casi almeno le alterazioni patologiche nel rene del morbo di Bright sono piuttosto risultato che causa di ipertensione. Un tale concetto renderebbe assai probabile l'ipotesi dell'origine vascolare primaria delle lesioni nel rene brightico. L'arteriosclerosi e il morbo di Bright hanno perciò la stessa patogenesi con le rispettive modificazioni di lesione dovute alla natura dell'organo.

L'etiologia diretta dell'ipertensione è sconosciuta.

Del resto si descrive un tipo di individui, secondo certi complessi fisici e psichici, in cui l'ipertensione insorge assai facilmente: questo tipo è l'antitesi del ragazzo nella mente e nello spirito.

SEBASTIANI.

CHIRURGIA.

Note diagnostiche sulle crisi addominali acute.

(A. BURGESS. *British medical Journal*, 11 dicembre 1920).

L'A. esamina dapprima i singoli sintomi onde trarne criteri diagnostici ed indicazioni curative. e quindi i quadri clinici dei vari tipi di crisi addominali: distingue i sintomi in generali e locali.

Tra i sintomi generali comprende:

1° I vari gradi di *shock* e di collasso;

2° Le alterazioni nella frequenza e nei caratteri del polso;

3° Le modificazioni della temperatura;

4° Le alterazioni del tipo respiratorio: presenza del tipo toracico;

5° Altri sintomi, come la lingua secca e patinosa, la stranguria, il tenesmo, il singhiozzo.

Bisogna dare assai più peso alla persistenza dello *shock* e degli altri sintomi generali che al loro grado iniziale; esso non è quasi mai proporzionato alla gravità della lesione. Per lo più i sintomi generali chiamano l'attenzione sulla crisi addominale senza indicarne la natura e senza dare precise indicazioni pel trattamento.

A quest'intento valgono assai più i sintomi locali, che l'A. così classifica:

1° Dolore addominale;

2° Iperalgesia cutanea (riflesso viscero-sensorio);

3° Sensibilità locale e generale;

4° Nausea, vomito;

5° Rigidità muscolare (riflesso viscero-motorio);

6° Distensione dell'addome;

7° Presenza di gas libero nella cavità peritoneale;

8° Presenza di liquido libero nella cavità peritoneale;

9° Presenza di tumefazioni localizzate addominali o pelviche;

10° Certe modificazioni accertabili con l'esame rettale.

Dolore addominale. — È sempre riflesso, e viene riferito alla distribuzione periferica dei nervi spinali che nascono da quei segmenti midollari che sono connessi coi vari visceri addominali per mezzo del simpatico, cioè gli ultimi sei dorsali. Il dolore può esser riferito anche posteriormente e alla parete laterale, secondo le tre branche di distribuzione di ogni nervo spinale.

Dallo stomaco il dolore s'irradia all'epigastrio (5°-8° nervo dorsale): dal duodeno, immediatamente sopra dell'ombelico: dal tenue e dall'appendice all'area periombelicale (8°-11° dor-

sale): dal grosso intestino all'ipogastrio. Dal fegato e dalle vie biliari (7°-9° dorsale) s'irradia alla parte più bassa dell'epigastrio, e spesso anche all'angolo della scapola: per mezzo del frenico s'irradia al 3° e 4° nervo cervicale, donde il caratteristico dolore alla spalla nella calcolosi epatica, però meno frequente in clinica di quanto si legge nei testi.

Negli stadi più avanzati l'irritazione del peritoneo parietale produce una dolorabilità *in loco*, utilizzabile per una diagnosi di sede, poichè il peritoneo parietale è in più diretta connessione coi nervi spinali.

Così un dolore primitivamente localizzato alla fossa iliaca destra è molto improbabile che dipenda da un'appendicite, salvo che precedenti attacchi abbiano fatto aderire l'appendice al peritoneo parietale; d'altra parte se l'appendice non è in sede normale può mancare anche il dolore locale tardivo.

Iperalgesia cutanea. — Denota ipereccitabilità di determinati segmenti midollari, ed è un buon sintoma per la diagnosi di sede. Va ricercata sollevando una plica cutanea e stringendola fra le dita; il paziente accusa vivo dolore sulle zone iperalgesiche, mentre non reagisce se lo stesso stimolo è portato altrove. La zona di iperalgesia non si sposta anche se il viscere corrispondente è ectopico, ciò che ha grande importanza. D. Ligat distingue un'area gastroduodenale, nel punto di mezzo tra ombelico e apofisi ensiforme; un'area del piccolo intestino, nella metà superiore di una linea che va dalla sinfisi pubica all'ombelico; un'area del grosso intestino nel quarto inferiore della stessa linea; un'area della cistifellea, all'incrocio tra la parasternale e la linea che unisce le estremità delle decime coste; un'area appendicolare all'unione del terzo medio col terzo interno della linea che unisce l'ombelico con la spina iliaca anterior-superiore; un'area della tromba falloppiana nel quarto inferiore della linea che unisce l'ombelico al punto medio del legamento di Poupart. L'assenza della zona d'iperalgesia non esclude la lesione del viscere relativo. L'improvvisa scomparsa dell'iperalgesia, già prima ben constatata, indica interruzione dell'arco riflesso, che può esser dovuta, in un'appendicite, a trombosi del mesentere o a cancrena.

Sensibilità. — Una sensibilità profonda localizzata è dovuta ad un'irritazione locale del peritoneo parietale, per la stimolazione del plesso sottosieroso: in tal caso il dolore viene riferito proprio al punto compresso. Sensibilità locale s'incontra nelle crisi addominali d'origine infiammatoria: appendicite, colecistite, salpingite, pancreatite. Sensibilità addominale generale, associata a rigidità muscolare involontaria, indica di solito peritonite; non associata ad essa non ha particolare importanza.

Vomito. — Nelle prime 24 ore è riflesso, e non ha speciale importanza. Il ritorno del vomito parla in favore di una peritonite; la sua persistenza per un'occlusione intestinale.

Rigidità muscolare. — Ha la stessa base anatomica dell'iperalgesia, in quanto l'irritazione del segmento spinale si estende alle cellule motrici. Può esistere anche senza irritazione peritoneale, sebbene ciò non sia il caso più comune. Di solito è provocata da una modificazione chimica della sierosità contenuta normalmente nel peritoneo, onde questo viene stimolato: la quantità del liquido non ha importanza, poichè nelle asciti non v'è difesa. La perforazione di ulcere gastriche o duodenali con versamento nel peritoneo di liquido acido provoca rapidamente rigidità spiccata. Questa manca nell'emoperitoneo. Solo una rigidità muscolare involontaria ha importanza; e si distingue dalla contrazione volontaria perchè non si attenua nè con la lunga e delicata compressione con la palma della mano riscaldata, nè distraendo il paziente, nè in alcuna fase respiratoria. La rigidità muscolare si nota pure alla semplice ispezione, perchè le zone di difesa restano immobili durante i movimenti respiratorî. Essa non viene totalmente abolita dalla morfina; può mancare per la stanchezza dei muscoli o per interruzione dell'arco riflesso.

Indica sempre una grave lesione sottostante, ed è una delle più forti indicazioni per l'intervento. Però l'assenza di difesa non va considerata come controindicazione, per se sola.

Meteorismo. — Si ha in ogni paralisi intestinale: un leggero meteorismo locale generalmente non ha importanza, ma una distensione continua e progressiva dell'intestino parla per un'occlusione o per una peritonite.

Gas libero nel peritoneo. — Si rivela con la scomparsa dell'ottusità epatica, ed ha più valore se di tale ottusità si era costatata poco tempo prima la presenza. Come sintoma positivo parla per una perforazione del canale digerente, ma non vale come sintoma negativo.

Liquido libero nel peritoneo. — Si manifesta con ottusità spostabile ai fianchi, e depone per un'emorragia interna; più di rado per una perforazione del canale digerente.

Tumore circoscritto addominale o pelvico. — Ha grande importanza, e s'incontra spesso nelle crisi di origine infiammatoria.

Spesso è coperto dalla difesa muscolare: non va mai ricercato con forte pressione, per non rompere un eventuale ascesso.

Intumescenze possono aversi nell'occlusione intestinale da varie cause, e ne è caratteristica la forma e la sede nell'intussuscezione.

Esame rettale. — Può far sentire un ascesso appendicolare non palpabile dall'addome. Può far riconoscere un'occlusione da invaginamento intestinale o da tumore maligno del retto.

Per non errare nella diagnosi generica di crisi addominale bisogna ricordare le crisi tabiche gastriche, intestinali e renali. La tabe può anche mascherare i sintomi di una vera crisi addominale, per l'interruzione degli archi riflessi.

Occorre tener presenti per la diagnosi differenziale la polmonite acuta, la pericardite acuta, e la pleurite acuta diaframmatica. La polmonite basale, specie nei bambini, non dà sintomi obiettivi prima di 24 o 48 ore, e il dolore subiettivo è spesso riferito alla linea mediana anteriore della parete addominale, perchè sono irritati i più bassi nervi dorsali. Possono anzi esser presenti tutti i segni di crisi addominale, anche la difesa, il vomito, il singhiozzo, il collasso. Ma la respirazione è molto più frequente che il polso, o l'intensità dei sintomi addominali non comportino. Schematicamente, se il rapporto tra polso e respiro supera 3 a 1 la lesione è intraaddominale, se è minore è intratoracica, sopratutto se questo basso rapporto si accompagna a temperatura elevata, a brivido, ad erpete labiale.

Parla contro una lesione addominale l'assenza di sensibilità profonda, e il rilasciarsi della rigidità muscolare alla fine dell'espirazione; inoltre l'assenza di zone di iperalgesia cutanea.

L'A. distingue le crisi addominali acute in cinque gruppi: 1° Coliche; 2° Perforazioni; 3° Emorragie; 4° Infiammazioni; 5° Ostruzioni.

I sintomi iniziali possono essere identici per tutti.

Morison in ogni crisi addominale descrive uno stadio di *shock* (dovuto a lesione diretta o indiretta del plesso solare), uno stadio di reazione, con remittenza di tutti i sintomi generali, epperò assai ingannevole e pericoloso; un terzo stadio peculiare ad ogni lesione. La morfina rende ancora più ingannevole lo stadio di reazione: l'unico sintoma che non ne resta mascherato è generalmente la difesa muscolare.

Coliche. — Sono caratterizzate dalla brusca insorgenza e scomparsa del dolore, e dalla sua tendenza a ripresentarsi. Questo nelle coliche biliari s'irradia all'epigastrio, all'angolo della scapola destra, e talora alla spalla destra; nelle coliche renali s'irradia dai lombi all'inguine, alla faccia interna della coscia, e al testicolo, non però allo scroto, ed è molto importante una coesistente pollacuria ed ematuria per la diagnosi. Nelle coliche intestinali si sente dolore su tutto l'addome, specie nelle coliche da piombo, nelle quali poi il polso è duro e tardo, il vomito si associa alla costipazione, e si nota un orlo bluastro entro, non sopra, le gengive. Nelle coliche intestinali la pressione calma il dolore; è il contrario nella peritonite.

La rigidità muscolare, frequente nelle coliche biliari e renali, non è mai di tipo strettamente involontario.

Perforazioni. — In esse molto rapidamente insorge un dolore escruciante; lo *shoc* iniziale può esser molto intenso, ma presto passa; la difesa è intensa e precoce; si può riscontrare gas libero nel peritoneo. La difesa muscolare è indicazione per l'intervento. La sede della perforazione può esser indicata dall'anamnesi e dalla localizzazione dell'iperestesia cutanea; talora si scopre solo con l'intervento.

Emorragie. — Quelle in cavità rivestita di mucosa generalmente vengono riconosciute perchè si fanno strada all'esterno (ematemesi, melena, metrorragia). Bisogna pensare all'emoperitoneo nel caso di un dolore insorto bruscamente, accompagnato o no da altri segni di peritonismo, ma con assenza di rigidità muscolare. Tale diagnosi diviene certa se il polso si fa d'ora in ora più frequente, se le mucose e le unghie divengono sempre più pallide, se v'è irrequietezza, e ciononostante l'addome resta trattabile. Per non confondere la rottura di una gravidanza estrauterina con una perforazione da ulcera gastrica, errore frequente, badare sopratutto alla rigidità muscolare involontaria, che nella prima fa difetto.

Infiammazioni. — L'insorgenza è meno improvvisa che nei gruppi precedenti, e il massimo del dolore viene generalmente raggiunto solo dopo alcune ore. Malessere generale può precedere di qualche giorno la crisi. Il dolore cresce gradatamente, senza brusche variazioni, ciò che ha grande importanza per la diagnosi differenziale. Negli stadi iniziali la febbre può esser alta, ma può anche mancare. Si ha precocemente una sensibilità locale circoscritta, talora messa in evidenza più presto dall'esplorazione vaginale o rettale. La difesa manca in primo tempo, ma si stabilisce più tardi. Una tumefazione circoscritta è palpabile nella regione dell'appendice, della cistifellea, degli annessi, per le tre cause principali di crisi infiammatoria: tale tumefazione è dovuta all'aderenza dell'omento, vero poliziotto addominale, o di altri visceri al viscere malato. Questo viene indicato dalla zona d'iperalgesia, dalla

sede della rigidità muscolare e dalla sensibilità alla palpazione profonda, e dall'anamnesi.

Per la diagnosi differenziale tra empiema della cistifellea ed ascesso appendicolare tener conto della mobilità respiratoria del primo, che di rado manca, a cagione di aderenze; inoltre l'empiema cistico ha l'estremo arrotondato in basso, l'ascesso appendicolare in alto; tra questo e il fegato vi è un'area di risonanza più chiara, che manca nell'empiema cistico.

Per distinguere l'appendicite acuta dalla salpingite destra acuta, considerare il tipico modo d'insorgere dell'appendicite, la sede del dolore iniziale che nella salpingite si trova alquanto più in basso dell'ombelico, la sede dell'iperalgesia cutanea, situata assai più in basso nella salpingite che nell'appendicite, l'anamnesi.

Ostruzioni. — I sintomi principali sono: la persistenza del vomito, la cessata emissione di flati per oltre 24 ore, la progressiva distensione addominale. Quest'ultimo segno indica l'intervento, che deve esser precoce, per evitare le difficoltà e i pericoli causati da un eccessivo meteorismo.

Ha pure importanza l'assenza di difesa e di sensibilità localizzata. Secondo l'A. la presenza di anse dilatate e di porzioni ristrette d'intestino può esser rivelata dall'ascoltazione di rumori speciali, prodotti dai liquidi che in esse circolano. Nelle intussuscezioni si ha emissione di muco e sangue dall'ano, ed anche senza emissione palese il dito esploratore si ritrae dal retto coperto di dette sostanze; più si palpa il caratteristico tumore. Questo però talora è palpabile solo mentre vi passa l'onda peristaltica, e la percezione ne può esser resa difficile dalla contrattura muscolare volontaria. Le occlusioni intestinali croniche con episodi acuti si distinguono dalle occlusioni acute primitive, perchè nelle prime sono visibili attraverso la parete addominale i contorni delle anse intestinali dilatate, e le onde peristaltiche. Per porre diagnosi di occlusione mai bisogna attendere il vomito fecaloide, che è invece *mali ominis signum*.

Non è raro trovare contemporaneamente due tipi di crisi addominali, ad. es., infiammazione ed occlusione. L'A. chiama poi l'attenzione su due evenienze rare, ma non rarissime, la pancreatite acuta emorragica e la torsione del peduncolo di una cisti ovarica. La pancreatite per l'inizio improvviso con gravi sintomi può simulare una perforazione dello stomaco o del duodeno, e un'occlusione assai alta. La diagnosi certa di pancreatite si fa generalmente dopo laparatomia, per le minute aree di necrosi grassa che si scorgono nell'omento e nel mesentere, e per il versamento ematico senza odore speciale. La torsione del peduncolo è presto riconosciuta se era noto il tumore precedente, che aumenta rapidamente di volume, mentre bruscamente insorge dolore addominale. Se il tumore non era noto, occorre ricercarlo rutinariamente con l'esplorazione vaginale o rettale. A destra può esser confuso con un ascesso appendicolare, ma questo non raggiunge nello stesso tempo dall'inizio della crisi un volume altrettanto grande.

L'anestesia preoperatoria, abolendo la difesa muscolare, per lo più permette di accertare la diagnosi prima dell'intervento.

L'A. finalmente ricorda che il segreto del successo è nell'intervento precoce, ed è quindi preferibile una diagnosi generica di crisi addominale con indicazione operatoria, ad un'altra molto particolareggiata emessa due giorni dopo.

DORIA.

ARGOMENTI D'ATTUALITÀ.

Spirocheta sporogona psoriasis.

(B. RASCK, Cristiania, novembre 1920).

In una breve memoria l'A. afferma di avere scoperto una spirocheta nelle efflorescenze e nel sangue circolante degli psoriasici, spirocheta che si riproduce per spore e che ritenendo essere l'agente eziologico di tale malattia ha denominato: *Spirocheta sporogona psoriasis.*

Nelle sezioni delle lesioni cutanee si ritrovano le spirochete con la colorazione di Giemsa come per i parassiti della malaria. Per la colorazione l'A. ha adoperato una goccia della soluzione di Giemsa (Grübler) in 2 cmc. di acqua distillata alla temperatura ambiente, facendo agire per quattro ore il colorante, che deve essere ad ogni ora rinnovato. Colorandosi così fortemente in *bleu* l'epidermide, occorre in genere differenziare con alcool leggermente acidificato con acido acetico. Le spirochete appaiono colorate in rosso-violetto, spesso a mo' di filamenti punteggiati che, di frequente intrecciati a rete, si trovano negli spazi intercellulari della rete malpighiana. Variabile assai è la morfologia del microrganismo per lunghezza e larghezza ed anche per numero, altezza e distanza delle spire. Nelle sezioni abitualmente lo spessore oscilla fra 1/4 e 1/2 μ; la lunghezza fra 5-50 μ. Difficilmente si può nelle sezioni mettere in evidenza un microrganismo di maggiore lunghezza. Nelle forme più corte (10-15 μ) si possono osservare 3 o 4 spore abbastanza regolari di 2-3 μ di altezza e di distanza fra loro. Si osservano spirochete lunghe con spire piccole e regolari (queste ad ogni modo solo in un piccolo tratto) mentre in ge-

nere esse decorrono esattamente lineari con spire flessuose maggiori o minori. Se ne osservano anche alcune flesse ad angolo, a mo' di ansa o terminanti ad uncino. Facendo degli strisci direttamente sugli elementi papulosi disepitelizzati, sì da provocare lieve gemizio di sangue, l'A. ha ottenuto le spirochete più isolate e più evidenti.

Gli strisci vengono disseccati all'aria, fissati per 10 minuti in alcool ed etere e colorati per 4 ore col Giemsa, come si è detto sopra. L'A. afferma di aver messo in evidenza lo sviluppo per spore rotondeggianti di 1-2 μ, spore che in genere sono riunite in file tra loro. Da tali spore si sviluppano delle grosse formazioni ad anello di 1 1/2-5 μ che si colorano anche esse in rosso-violetto spesso con granuli più scuri e che possono presentarsi o piatte o leggermente ingrossate da una parte e con una sottile rilevatezza gemmiforme. Le più piccole di queste formazioni, 2-3 μ, mentiscono già la tendenza a formare spirale assumendo la forma di una « E », di un « C » o di un'« A ». A traverso corte forme a spirale si sviluppano le spirochete più regolari che assumono le forme più lunghe o più corte. Talora ad uno o ad ambedue gli estremi si osserva un ingrossamento rotondeggiante o piriforme di 2-3 μ. Le spirochete più piccole, come quelle ad anello, possono spesso ritrovarsi negli eritrociti. Come già si disse, raramente in una sezione si possono mettere in evidenza spirochete di una lunghezza superiore a 50 μ, ma in questi strisci si possono ritrovare delle forme lunghe più di 100 μ e di più di un μ di spessore, alcune con lunghi e sottili prolungamenti e talora con una divisione longitudinale.

Anche nel *sangue circolante* l'A. ha ritrovato le spirochete descritte. Il sangue fu preso da una vena del braccio, disteso in sottile striscio, disseccato all'aria, fissato per 3 minuti in alcool metilico e colorato col metodo suddescritto. Le spirochete si colorano in rosso-violetto, spesso con granulazioni più scure, e si ritrovano in genere nel plasma, ma talora — specie le forme piccole e ad anello — anche negli eritrociti. La ricerca nel sangue offre spesso difficoltà. Le forme ad anello e quelle a vite appaiono di uno spessore di 1 1/2-5 μ, e le piccole spirali di 3-7 μ. Più spesso le spire sono ravvicinate come un'« N » o come un'« M ». Altri di questi microrganismi sono arrotolati a mo' di serpi. Mentre nelle sezioni e negli strisci su menzionati si ritrovano spirochete regolari di media grandezza, nel sangue si riscontrano invece forme allungate a nastro o intrecciate, della grandezza di 10-20 μ e di uno spessore irregolare (1 1/2-2 μ). Spesso gli estremi presentano un ingrossamento rotondeggiante di 2-3 μ; alcune hanno un corto flagello. Inoltre nel sangue l'A. ha riscontrato delle formazioni piriformi libere o legate agli eritrociti, di 2-7 μ di lunghezza, con un ciglio lungo 2-7 μ, che egli afferma essere *microgameti* e che spesso sono riuniti a due.

I *macrogameti* sono cilindrici, quasi completamente trasparenti e di una grandezza di 2×5 μ. Spesso si vedono questi racchiudere i microgameti come in una campana di vetro. Dalla fusione di questi gameti si sviluppano dei corpicciuoli sporiformi allungati, cilindrici con estremità arrotondate e grosse 3×5 o 6×12 μ, alcuni con un corto flagello. Nell'interno di queste formazioni più grosse si osservano spesso delle file di spore, che talora sembra si separino tra loro in riga.

***

Nel gennaio dello scorso anno l'A. fece una breve comunicazione in cui affermava di avere ritrovato nel sangue degli infermi di diabete mellito un plasmodio che gli appariva la causa di tale malattia, plasmodio ad anello o a semiluna, colorato in violetto col Giemsa, libero nel plasma ma esistente anche negli eritrociti, e in una ulteriore comunicazione ne descrisse i micro e macrogameti e la riproduzione per corpicciuoli sporiformi a mo' di clava. L'A. richiama alla mente quello studio per i legami che sembrano unire questi due microrganismi.

22 dicembre 1920.

CESARE DUCREY.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

CRISTALLI A.: *Compendio di terapia ostetrica medica.* Un vol. in-24 di 208 pagine, rilegato. — V. Idelson, ed., Napoli. — Prezzo L. 10.

I comuni manuali d'ostetricia limitano di solito la trattazione dell'argomento alla parte puramente operativa, fornendo soltanto nozioni generali sul trattamento medico.

L'A. intende di colmare questa lacuna, dando particolareggiate indicazioni su questo campo della terapia, che pure è di notevole importanza perchè da essa dipende sovente il successo dell'assistenza ostetrica.

Vengono così forniti molti consigli pratici per ovviare ai disturbi ed alle manifestazioni patologiche della gravidanza, del parto, del puerperio; completa l'utile volumetto la trattazione della patologia del neonato. *r. s.*

G. WINTER: *Die Indikationen zur künstlichen Sterilisierung der Frau.* Un vol. in-8 gr. di pag. 104. — Vienna e Berlino, Urban & Schwarzenberg editori, 1920. — Prezzo M. 20.

Si tratta di un problema clinicamente e socialmente importantissimo, poichè la pratica della sterilizzazione artificiale delle donne si presta a molti abusi. Sarebbe indispensabile di fissarne rigorosamente le indicazioni, per evitare mutilazioni inutili, danni secondari marcati, prossimi e remoti, e la diminuzione della capacità riproduttiva della razza.

Valendosi della sua immensa esperienza, il ginecologo di Königsberg affronta il grave problema. Dopo qualche cenno storico, egli definisce le indicazioni generali; poi analizza minutamente quelle riferendosi a singoli organi e sistemi; in seguito discute delle garanzie necessarie da richiedere, per frenare la crescente tendenza delle donne a liberarsi dai doveri della maternità e quella dei ginecologi e dei chirurghi generali ad operare; infine tratta della sterilizzazione nel diritto. Egli invoca una legge che vieti la sterilizzazione, salvo in casi di riconosciuta e improrogabile necessità che metta a rischio la salute o la vita e cui non possa altrimenti ripararsi. R. B.

BUCURA C.: *Ueber Hämophilie beim Weibe.* Un vol. in-8. — A. Hölder, ed., Vienna. — Prezzo marchi 11.20.

L'A. studia l'emofilia femminile, specialmente dal punto di vista dell'importanza, che può assumere in ginecologia. Preciso e diffuso è il capitolo della diagnosi differenziale con lo scorbuto, il morbo maculoso di Werlhoff, la porpora emorragica, le diverse anemie e leucemie, ecc.

L'A. fa poi l'esposizione critica dei 200 casi raccolti nella letteratura, per venire alla conclusione che se anche non si può ammettere una forma di emofilia esclusivamente femminile, pure il ginecologo e l'ostetrico debbono sempre tener presente la possibilità di gravi emorragie da emofilia. *l. b.*

AGOSTINI CESARE: *Responsabilità penale e capacità civile negli stati funzionali propri del sesso femminile.* Un vol. in-8 di 135 pag. — Tipografia Perugina, Perugia.

Non v'è chi disconosca la grande importanza della vita sessuale nell'esistenza dell'individuo e della società. Questa importanza è massima nella donna, che in tutta la sua funzionalità neuro-psichica risente gli ecetti delle fasi della vita sessuale le quali hanno in essa più precisi termini e più vivaci ripercussioni.

È evidente che dagli stati funzionali del suo sesso la donna possa risentire qualche influenza per quanto riguarda la responsabilità penale e la capacità civile; basti por mente ai più comuni delitti nello stato di maternità quali sono l'aborto e l'infanticidio.

L'A. nel suo interessante lavoro esamina con larghezza di idee tali questioni e viene ad importanti conclusioni dalle quali, è da augurarsi, si addivenga ad una riforma legislativa. *fil.*

MALFORD W. THEWLIS: *Geriatrics.* Un vol. in-8 di 250 pag. con tavole, rilegato. — C. V. Mosby Company, St-Louis (Stati Uniti). — Prezzo 3 dollari.

Scarsi sono i trattati sistematici sulle malattie dei vecchi, i quali mettano in rilievo le particolari alterazioni anatomiche e fisiologiche, che si verificano nell'età avanzata. Anche il modo di reagire agli stimoli e la sintomatologia presentano una speciale fisonomia nei soggetti che si trovano nella fase di decadenza della vita, nei quali, alle modificazioni inerenti al ciclo vitale che s'avvicina alla fine, si aggiungono quelle dovute a processi patologici precedenti, sicchè il quadro clinico ne risulta più complesso e difficile a districarsi.

Consigli di pratica utilità sull'importante argomento vengono qui dati dall'A., che, dopo aver dedicato buona parte del volume alle cure igieniche (dieta, esercizio fisico, igiene mentale, ecc.), tratta la patologia senile propriamente detta (arteriosclerosi, gangrena, ipertrofia prostatica, urosepsi, ecc.). Seguono altri interessanti capitoli sulla terapia, sugli errori diagnostici, la simulazione senile, le indicazioni e controindicazioni per gli interventi chirurgici, il climaterio senile, ecc.

fil.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Sul problema della sifilide latente.

Nel decorso della sifilide sono caratteristici i periodi di latenza che durano per mesi o per anni. Questi periodi, brevi nello stadio iniziale, lunghi negli stadî avanzati, sono caratterizzati, oltre che dall'assenza di manifestazioni cliniche, dall'inattività del processo morboso (Wassermann negativa). È probabile che anche nei periodi di latenza il virus persista in alcuni organi sotto la forma di spirocheta, inattivo per le condizioni locali, fino a che esso riacquista per determinate nuove condizioni, tutta la sua virulenza.

Così P. Schneider (*Münch. medical Wochensschrift*, n. 44, 1920), ha dimostrato mediante preparati istologici che le spirochete pervenute nel midollo osseo di feti sifilitici, possono venire in seguito completamente incapsulate dal progrediente processo di ossificazione.

Le spirochete che in tal modo si trovano ad essere racchiuse nei corpuscoli ossei, vi possono persistere a lungo allo stato latente, e sopravvivere a quelle che si trovano nel periostio o negli altri organi; se, queste spirochete, si trovano più tardi libere, in seguito all'assorbimento fisiologico dell'osso o in seguito a qualche trauma, esse provocheranno una recidiva locale, purchè lo consentano le condizioni di immunità locale o generale. Si comprende da tali ricerche:

1) Perchè nelle recidive, p. es., nella forma tardiva della sifilide ossea congenita, vengano colpiti di preferenza quei punti, che sono sede prediletta delle spirochete nel periodo iniziale dell'infezione (tibia, ossa del naso, cranio).

2) Perchè le recidive ossee siano specialmente frequenti nei periodi di maggior accrescimento, e nelle ossa più esposte a traumi esterni.

POLLITZER.

La sifilide congenita della seconda generazione.

Anche per questa si applica la regola che è solamente la sifilide congenita della madre che vien trasmessa ai discendenti: perciò per provare esattamente una sifilide congenita della seconda generazione bisogna sicuramente provare la sifilide congenita della madre, che il bambino abbia sintomi evidenti di lues, e provare con certezza che essa non siasi contagiata di nuovo, ovvero che non siasi dimostrata una nuova affezione primaria con infiltrazione ghiandolare regionale, con reazione di Wassermann prima negativa in seguito positiva, e la comparsa dopo un certo tempo di fatti secondari.

E. Brunisgaard (*Acta-Dermato-venereologica*, vol. I, fasc. I, 1920), dopo aver fatto osservare che è molto difficile trovare dei casi che rispondano alle suesposte condizioni descrive una propria osservazione.

Si trattava di tre generazioni luetiche: la nonna contagiata dal marito era nel momento dell'osservazione affetta da una periostite terziaria gommosa — essa aveva partorito una serie di fanciulli affetti da sifilide congenita e di questi solo 3 sono vivi: la figlia maggiore ha avuto un figlio che all'età di 8 anni mostra un sintomo sicuro di sifilide congenita, cioè profonde cicatrici raggiate alla bocca e Wassermann fortemente positiva. Questo caso è specialmente notevole in quanto la madre di questo bambino ha avuto immediatamente prima e durante la gravidanza una recidiva della sua sifilide; una cheratite parenchimatosa e ulcerazioni terziarie. La periostite è evidentemente molto più antica.

L'obiezione che la madre siasi reinfettata non si può qui fare, primo perchè la madre asseriva che prima di esser resa gravida non aveva mai coabitato con alcuno all'infuori del padre del bambino, secondo pel fatto che all'esame oftalmologico durante la sua prima permanenza nell'ospedale non presentava alcun segno di sifilide acquisita.

MONTELEONE.

Nevriti ottiche sifilitiche e neo-salvarsan.

A. Lacroix e M. Fontan (*Archives d'ophtalmologie*, Paris, n. 9, settembre 1920) riportano i risultati avuti in 6 casi di neuroretiniti semplici e doppie e nevriti retrobulbari trattate con il neo-salvarsan unito al mercurio ed allo iodurо di K.

La terapia è stata così istituita:

1° iniezioni endovenose di cianuro di Hg (1 ctgr. ogni giorno) prima e durante la cura di neo-salvarsan; in totale 2 o 3 serie di 10 iniezioni ciascuna separate da un periodo di riposo di 10 giorni.

2° 1 o 2 serie di neo-salvarsan dal 0.15 al 0.60 (inizio dopo la 3ª o 4ª iniezione di cianuro di Hg).

3° riposo di 15 giorni.

4° tre periodi di 10 giorni con una pozione di biioduro di Hg (2 ctgr. *pro die*) ed ioduro di K (2 gr. *pro die*).

Nei 6 casi degli AA. si sono avute 5 guarigioni ed un insuccesso (nevrite retro-bulbare: tabe a tipo superiore).

L'efficacia del trattamento è stata tanto maggiore per quanto più recente è stata la lesione. Se si abbia a che fare con casi di intolleranza al neo-salvarsan o se per altre ragioni non sia possibile usare detto farmaco l'enesol per via endovenosa (2 cc. *pro die*, 1 o 2 serie di 10 iniezioni) rende buoni servigi e sostituisce bene il neo-salvarsan.

D. MAS.

Accidenti da arsenobenzoli e anafilassi.

Emery e Marin (*Paris Médical*, 24 gennaio 1920) attribuiscono a fenomeni di anafilassi le manifestazioni presentate da un'ammalata sottoposta a cura arsenobenzolica. Si trattava di una giovane di 22 anni, senza antecedenti patologici, affetta da metrite e vaginite, che durante la degenza presentava delle placche mucose alla vulva, con reazione di Bordet. Wassermann positiva completa.

Una prima iniezione intravenosa di ctg. 15 fu ben tollerata; dopo 4 giorni fu praticata una seconda di ctg. 30: quarantotto ore dopo si ebbe una sindrome, costituita da febbre, eruzioni di urticaria, dolori articolari alle ginocchia. Tali manifestazioni richiamano il quadro delle malattie da siero.

Per prevenire questi accidenti di anafilassi, in seguito gli autori hanno utilizzato delle dosi molto piccole, da ctg. 2, ctg. 3, ctg. 4, ctg. 6, ctg. 8, ctg. 10, ripetute tutti i giorni per cinque o sei giorni, e l'esperienza ha dimostrato il grande valore di questo procedimento.

MOTTA.

Valore comparativo degli arsenobenzoli e del mercurio

R. Sabouraud (*Presse médicale*, 4 agosto 1920) richiama l'attenzione sulla voga che hanno preso in quest'ultimi tempi gli arsenobenzoli in confronto del mercurio nella cura della sifilide. Ora è indubitato che si sono ottenuti con gli arsenobenzoli dei reali vantaggi: anzitutto la diffusione della pratica delle iniezioni endovenose; poi la possibilità di fare abortire nei primi giorni la sifilide, o, comunque di abolire il periodo secondario della sifilide stessa, sicchè di questa il malato ha avuto una sola manifestazione, l'ulcera: e ciò senza parlare degli ottimi risultati nelle forme terziarie di ogni gravità. Nonostante tali successi, tanto vistosi, l'A. si pone però la questione se gli arsenobenzoli possano ormai ritenersi il medicamento esclusivo della sifilide. La guerra ha fornito l'occasione di fare in proposito una esperienza in grande, interrompendo bruscamente le cure antisifilitiche iniziate. Dopo 1, 2 anni, l'A. ha riveduto gli ammalati che egli od i suoi allievi avevano in cura, ed ha ripetuto su di essi la reazione di Wassermann, rilevando quanto segue. Negli ammalati trattati con mercurio, specialmente con iniezioni di olio grigio, la reazione è rimasta quale era precedentemente, cioè negativa se tale era stata prima dell'interruzione oppure, se positiva, aveva la stessa intensità di prima. Diversamente invece si presentavano le cose negli ammalati, trattati con gli arsenobenzoli: tutti avevano perduto terreno. Quelli che avevano dapprima reazione negativa, la presentavano ora semi-positiva, o francamente positiva: quelli a reazione precedentemente positiva, la presentavano di maggiore intensità. Mentre gli ammalati trattati col mercurio avevano conservato intatta la guarigione o la semiguarigione, quelli curati con gli arsenobenzoli avevano perduto tanto, da fare ritenere in certi casi, che la cura era stata inutile.

L'A. dal suo studio, trae anzitutto la conclusione che i malati curati con gli arsenobenzoli hanno bisogno di essere seguiti con maggiore attenzione che quelli per i quali si usa il mercurio; questo è quindi preferibile per gli ammalati, per i quali non si ha facilità di fare eseguire siero-reazioni. Gli arsenobenzoli possono portare ad una guarigione completa e durevole della sifilide, a patto però di una sorveglianza permanente e regolare, e purchè non ci si lasci illudere da guarigioni apparenti.

Il valore degli arsenobenzoli è massimo quando si tratti di sifilide attiva e recente; nulla li uguaglia nel fare scomparire i fatti contagiosi, le sifilidi ulcerose, ecc. Essi sono dunque nettamente indicati specialmente all'inizio della sifilide: man mano però ci si allontana da questo periodo, diminuiscono i meriti degli arsenobenzoli ed aumentano quelli del mercurio che mantiene contro le vecchie sifilidi male trattate il suo valore integrale.

fil.

La cura combinata mercurio-salvarsan danneggia il rene?

(G. STÜMPKE, *Berl. Klin. Wochenschr.*, n. 3, 1920).

Alterazioni renali lievi non impediscono in modo assoluto la cura mercuriale della sifilide. È possibile eseguire delle cure combinate arsenico-mercuriali, senza recare alcun maggior danno ai reni di tali ammalati, se si usano alcune precauzioni: controllo continuo della funzionalità renale, esame preliminare della reazione dei reni ammalati a piccole dosi tanto di mercurio quanto di salvarsan, successivo aumento progressivo delle dosi terapeutiche.

Per la cura mercuriale sono preferibili dei preparati solubili di media efficacia: eventualmente le applicazioni cutanee di unguento cinereo (dose iniziale non superiore ai 2 gr.); per la cura arsenicale è utile il neo-salvarsan, dose iniziale non superiore ai 0,15 gr. fino a raggiungere, ad intervalli più lunghi di quelli abituali, una dose massima di 0,3 gr.

L'A. riferisce 2 casi nei quali, nonostante la esistenza di lesioni renali, una cura combinata di mercurio e di salvarsan fu sopportata dai malati senza alcun maggior danno per i reni.

Pol.

NOTE DI TECNICA.

Norme tecniche per incidere le guaine sinoviali della mano.

Queste incisioni richieste in caso di flemmoni, tubercolosi, ecc., debbono essere inspirate a criteri anatomici, sopratutto per ciò che riguarda il risparmio di arterie, tendini, ecc.

a) *Al palmo della mano*: incisione della guaina comune o radio-carpea, lungo la direzione del margine inferiore del pollice in estensione, dalla radice del dito, arrestandosi a mezzo centimetro dalla linea mediana della mano. Sotto il muscolo abduttore ed il corto flessore si trova la guaina del lungo flessore, da aprirsi.

Per incidere la guaina interna o cubito-carpea, procedere ad un dito in sotto del pisiforme, tenendosi un dito in dentro della linea mediana fra 4° e 5° dito. Tagliare sulla guida l'aponeurosi (può essere richiesta anche la doppia allacciatura e la recisione dell'arcata palmare superficiale). Sotto i muscoli ipotenari si trova il tendine del flessore superficiale del mignolo: si incide la guaina all'esterno di detto tendine. Da risparmiarsi il nervo mediano in alto, e le branche nervose del mignolo e dell'anulare in basso.

b) *Al polso* (per incidere la guaina esterna o radiocarpea): la guaina sarà preferibilmente aperta a livello del legamento anteriore del carpo, incidendo lungo il grande palmare, in dentro dell'arteria radiale.

Per la guaina interna o cubito-carpea: incidere nel giusto intermedio tra la linea mediana del polso e l'arteria cubitale, che corrisponde al margine esterno del pisiforme: oppure tener di guida il tendine del gracile palmare.

(Aievoli: *Quesiti di patologia clinica e terapia chirurgica*).

r. s.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il pigmento normale dell'urina: l'urocromo.

Si conosce abbastanza, ormai, per non dovere più far derivare dal sangue, come si faceva una volta, uno per uno tutti i pigmenti del corpo. È di dominio comune, che il pigmento xantofillico e quello carotinico, p. es., derivano da pigmenti vegetali ingeriti con gli alimenti. Nell'urina vi sono pigmenti normali e patologici. Quelli patologici, come i biliari, gli ematici (emoglobina, ematina, ematoporfirina) l'urobilina, hanno un'origine ed un significato ben chiari. È il pigmento normale quello sul quale da un secolo si discute senza ancora potere arrivare ad una conclusione precisa. È chiaro, ch'esso non può essere di origine esclusivamente esogena, dappoichè il colore dell'urina persiste inalterato anche dopo giorni e settimane di digiuno. Il Pelkan nei laboratorii di Biochimica, presso la Università di California ha fatto degli esperimenti molto interessanti al riguardo. Ha dimostrato un rapporto tra l'eliminazione dell'urocromo e il metabolismo proteico: una dieta scarsa di proteine si accompagna a riduzione dell'urocromo, mentre una dieta ricca di proteine porta seco un aumento di esso, sebbene non sempre direttamente proporzionale. Tale mancanza di preciso rapporto si spiega con l'inettitudine dell'organismo ad assimilare oltre un certo limite la quantità di sostanza ingerita. Egli ha osservato, inoltre, che il proteide gelatina non aumentava l'eliminazione dell'urocromo. Se si ricorda che la gelatina è un proteide incompleto, mancante cioè di alcuni gruppi aminoacidi (tirosina, triptofane, cistina), e si bada che sono i radicali aromatici proprio i cromogeni, si comprenderà l'incapacità della gelatina a generare pigmento urinario. Il Pelkan ancora è riuscito ad ottenere dalle proteine un derivato, che dà reazioni identiche a quelle dell'urocromo. Egli quindi conclude, che l'urocromo, il lattocromo, e il testè scoperto « protocromo » sono identici, e, per lo meno in gran parte, derivati dalle proteine alimentari. Non ostante l'incertezza ancora inerente a simili questioni, sarebbe interessante speculare sulle possibilità di studio, che potrebbero schiudersi, qualora il pigmento normale dell'urina fosse attualmente già dimostrato di essere un indice del metabolismo proteinico. (*The Journal of the Amer. med. Association*, 9 ottobre 1920).

Gentile.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1269) *Sulla cura del vaiuolo.* — Al dott. G. P., Faggiano:

Le moderne risorse nella terapia del vaiuolo sono tutte *d'indole sintomatica.* Non possediamo cure specifiche, e anche quei mezzi, che in questi ultimi tempi sono stati proposti come direttamente utili sul decorso della malattia, si sono dimostrati non rispondenti. Il bagno freddo e medicato può essere di sollievo per il malato nelle iperpiressie, anche ad esantema conclamato; è sconsigliato però nel periodo suppurativo, per evitare macerazioni della pelle lesa. Riposo a letto, conveniente dieta, antipiretici e cardiotonici, sorveglianza delle mucose, ecc., sono norme variabili caso per caso e comuni a tutte le malattie gravi da infezione.

t. p.

(1270) *Sanguisugio nella polmonite e nella broncopolmonite.* — Al dott. V. R. da Arce:

Solo per i rimedî specifici (chinina, mercurio, salicilato, emetina) si può dire che essi sono indispensabili in tutti i malati. Per i mezzi sintomatici di cura la scelta del medico sarà basata sulla presenza o meno di quei segni che vanno combattuti. Il sanguisugio nella polmonite è uno dei mezzi topici di cura, al quale si ricorre *quando, allo scopo di lenire il dolore locale, si aggiunge l'indicazione d'una sottrazione sanguigna.*

È irrazionale terapia usare come sistema il sanguisugio in tutti i casi di polmonite e di broncopolmonite, senza tener conto dell'indicazione.

t. p.

(1271) All' abb. n. 10910:

Molto raccomandabile è l'ultima edizione del « Compendio di patologia chirurgica » di Bégouin.

T. F.

(1272) Al dott. G. T. da C.:

Il Lejars è il libro più pratico e consigliabile per un medico condotto di piccolo paese, a meno che non s'intenda fare anche la chirurgia di compiacenza. T. F.

(1273) All'abb. n. 12399:

Ottimo trattato di *Odontotecnica* è quello del Platschick, Milano, Tipografia Edit. L. F. Cogliati, Corso P. Romana, 17, 1907.

Consigliabile è anche il trattato del Friteau, *Dentisterie opératoire, Anesthésie, Prothèse,* Doin et. Fils, Editeurs, Paris, 8 Place de l'Odéon.

È uscita di recente una nuova edizione del *Manual of Dental Prosthetics* di G. H. Wilson, London, Henry Kimpton, 263, High Holborn W. C.

PIPERNO.

(1274) All'abb. n. 2131:

Per la radiologia e terapia ottimo trattato pratico moderno è il Weil (Alcan, ed., 44 franchi): *Eléments de Radiologie (diagnostique et thérapeutique) par les Rayons.*

Trattato ottimo di patologia medica di carattere pratico è sempre lo Strümpell, di cui potrà acquistare l'ultima edizione italiana. Non esistono trattati di clinica, e non potrebbero esistere: sono però pubblicate lezioni di Clinica, quali quelle del Cardarelli, del Murri, del Maragliano.

t. p.

(1275) All'abbonato 1112:

È preferibile, anzichè far costruire, acquistare la stufa per disinfezioni da qualche Casa costruttrice, la quale saprà dare le informazioni richieste dal collega.

(1276) Al dott. L. d'O. di Villa Lago:

Manuali di scienze spiritiche. — A. KARDEC: *Il libro degli spiriti.* — ID.: *Il libro dei medî.* Libreria Battiato, Catania. — A. SACCHI: *Istituzioni di scienza occulta.* F.lli Bocca, Torino. — A. PAPPALARDO: *Spiritismo.* Hoepli, Milano. CORNILLIER P.: *La survivance de l'âme et son évolution après la mort.* F. Alcan, Parigi. — CUCCIA C.: *La morale nei fenomeni medianici.* Milano, Via Cappuccini, 14. — FLAMMARION: *L'inconnu et les problèmes psychiques.* E. Flammarion, Parigi.

Presso la citata Libreria Battiato e quella di Milano in Via Cappuccini, sono stati editi altri lavori sullo spiritismo. A Roma (Via Gregoriana) pubblicasi una Rivista di scienze occulte intitolata: *Luce ed ombra.* *fil.*

g. s.

VARIA

La scoperta dell'azione anestetica della cocaina.

Carl Koller rivendica giustamente a sè la scoperta dell'azione anestetizzante della cocaina.

Egli cercava un anestetico per la congiuntiva e lavorando nel laboratorio di Stricker riuscì a dimostrare quest'azione per la cocaina dopo avere inutilmente tentato la morfina, il cloralio, ecc.

L'A. cominciò i suoi risultati il 5 settembre 1884.

L'A. insiste nel dire che non si tratta di una scoperta accidentale, dovuta cioè al fatto che una goccia di soluzione di cocaina gli sia schizzata nella congiuntiva, ma di una vera scoperta, conseguente a studî sistematici.

(*Pathologica*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I rapporti culturali italo-argentini.

I lettori del «Policlinico» ricorderanno di quel medico nord-americano, il dottor Ulysses Moore, il quale venuto in Italia durante la guerra con intenzioni forse benevole e forse anche pietose, ma certo con opinioni poco lusinghiere sui medici e sulla medicina italiana, ritornò nel suo paese entusiasta di quanto aveva constatato delle nostre istituzioni sanitarie e dei nostri cultori della scienza e dell'arte medica. Il dottor Moore ritornato in America espose in varie conferenze ed in parecchi articoli di giornali scientifici e politici le sue impressioni ed i suoi giudizi con le relative *meraviglie e sorprese*. L'autore di *Medical surprises in Italy* non si stancava dal raccomandare ai colleghi nord-americani di recarsi in Italia per apprendervi molte cose, per rendersi esatto conto dell'importanza del movimento scientifico italiano, e sopratutto perchè un più attivo scambio intellettuale sarebbe riuscito molto vantaggioso ai due paesi.

Abbiamo ricordato tale episodio perchè in questi ultimi giorni apprezzamenti analoghi sul nostro sviluppo scientifico sono stati fatti da due sanitarii di una nazione, il cui livello culturale non è per molti riguardi inferiore a quello degli Stati Uniti d'America.

L'illustre prof. Arce, Direttore della Clinica Chirurgica della Università di Buenos-Ayres, ed il suo degno aiuto dottor Squirru sono stati recentemente nostri ospiti graditi, aderendo cortesemente ad un invito del nostro prof. Leotta, il quale nell'estate ultima si recò in Argentina per tenervi delle conferenze che ebbero un significante successo.

I due chirurgi argentini, come il medico nord-americano, sono rimasti sorpresi dello sviluppo meraviglioso raggiunto dalla scienza medico-chirurgica in Italia.

Essi hanno visitato i nostri istituti clinici ed ospedalieri e ne hanno apprezzata la magnificenza e la correttezza degli impianti, l'ordine e l'accuratezza del funzionamento; hanno visitato i nostri laboratori e ne hanno lodato la splendida dotazione di strumenti e di apparecchi

Nessun paese, essi hanno detto, ha un ospedale che possa paragonarsi al vostro Policlinico; i professori italiani hanno una cultura profonda; i vostri laboratori scientifici possono gareggiare con i più grandiosi e con i più forniti; in nessun laboratorio radiologico di altri paesi, nei quali il tecnicismo scientifico si credeva insuperato, si trovano apparecchi come i vostri Gorla, i vostri Corvino e Trabacchi, che rappresentano quanto di più perfetto sia possibile ora produrre in tutto il mondo e che ai pregi di perfezione, non raggiunta da altri, aggiungono quello del poco costo.

Il prof. Arce ed il dottor Squirru hanno avuto frequenti contatti con i nostri clinici, hanno assistito a lezioni, a conferenze, hanno preso parte a sedute della Accademia di Roma ed hanno inteso quanto sia serio, originale il nostro indirizzo clinico e come esso sia perfettamente intonato alle finalità ed alle esigenze della professione medica.

Il prof. Arce ed il dottor Squirru hanno espresso vivo il desiderio di una più stretta collaborazione culturale italo-argentina ed hanno manifestato il loro proposito di adoperarsi perchè questa fratellanza scientifica sia al più presto sancita con legami indissolubili.

Il prof. Arce, che è deputato al parlamento di Buenos-Ayres e che nella Repubblica Argentina è popolarissimo oltre che per la sua fama di valente chirurgo, anche per essere uno dei più eminenti uomini politici di quella nazione, riuscirà, ne siamo sicuri, nell'opera che ha intrapresa con tanta convinzione e con tanto entusiasmo.

Ma occorre che i suoi sforzi siano agevolati dal nostro governo, siano secondati dal nostro popolo.

Gli argentini stimano molto gli intellettuali italiani, li stimano non solo per simpatia naturale derivante dall'affinità di razza o dalla promiscuità di sangue, li stimano perchè li apprezzano per la loro cultura, per la loro sincerità, per la loro semplicità.

L'Argentina è ora invasa dalla produzione scientifica francese, tedesca e nord-americana. E tutte e tre queste produzioni hanno in sè elementi di successo indiscutibili: la francese è più accessibile per la diffusa conoscenza della lingua, la tedesca si impone con il metodo e la perseveranza, la nord-americana si afferma con la suggestione della *réclame*. Eppure tutte e tre hanno qualche cosa di sgradito per gli argentini. I francesi, i tedeschi, i nord-americani considerano l'argentino come un popolo non ancora del tutto evoluto e non riescono a dissimulare questa loro opinione. Ora tutto ciò non è bene accetto ad un popolo che ha la coscienza della propria maturità.

Per gli italiani è tutt'altro affare. Gli argentini sanno che gli italiani non hanno quell'antipatico senso di sufficienza, quella *blague* che rende talvolta intollerabili altri popoli europei.

Il Ministro d'Argentina a Roma, al quale il dottor Squirru esprimeva le proprie meraviglie perchè in Argentina non si conoscessero i progressi scientifici dell'Italia, disse: «gli italiani mancano di *posa* e perciò non si fanno conoscere, e questa è una vera disgrazia per essi».

Questa semplicità, questa sincerità, questa mancanza di esibizionismo insolente, piace all'argentino.

Al riguardo esso ha acquistato una sensibilità speciale, quasi una suscettibilità particolare.

Quel grande professore tedesco che da cattivo psicologo non si era accorto di questo stato d'animo e che non aveva compresa la maturità scientifica dei medici argentini, fu severamente giudicato quando si permise tener loro delle pedestri conferenze degne soltanto di corsi per infermiere.

L'argentino è oramai un popolo maturo e come tale vuole essere considerato. Ha rapidamente assorbito dagli altri popoli il prodotto della civiltà. E ora non ha bisogno della produzione scienti-

fica estera più di quel che ne hanno bisogno le altre nazioni.

Con quello spirito di ecclettismo che è proprio delle razze giovani ha preso e prende tutto il buono dovunque lo trovi. Non ha preferenza per questa o quella razza, per questa o quella nazione. Afferma decisamente la propria individualità nazionale e perciò tende a differenziarsi dai popoli affini o consanguinei. L'affinità e la parentela di razza, la convivenza sul medesimo suolo non accrescono la considerazione degli argentini verso gli italiani. Questi sono stimati per quel che valgono e per quel che producono.

Gli intellettuali italiani se vogliono emergere in Argentina non devono fare esclusivo assegnamento sul fatto che in quella terra su otto milioni di abitanti tre sono di connazionali, e tanto meno contare su di una pretesa inferiorità intellettuale degli indigeni. Là si trovano giudici talvolta benevoli, talaltra diffidenti ma sempre coscienti.

* * *

Comunque è certo che la penetrazione del nostro pensiero scientifico in quel paese procede lenta.

E ciò per colpa della trascuranza del nostro governo e di alcune deficienze del nostro carattere.

Nella gara che si è stabilita fra le varie nazioni l'Italia è rimasta assente o quasi. Quel poco che si è raggiunto, e può dirsi molto se si tien conto di tutti i fattori negativi, si è ottenuto senza alcuna preparazione seriamente concepita e voluta, senza alcun artifizio.

La Francia, che è, per la penetrazione scientifica in Argentina, la vittoriosa, mentre accoglie ed offre ogni sorta di facilitazioni di studio agli studenti ed ai medici che frequentano le sue Università, invia periodicamente dei conferenzieri scelti fra i migliori elementi giovani universitari a diffondere in tutto il Sud-America il verbo della scienza francese. Questa azione così vasta e così attiva di propaganda ha portato a risultati grandiosi, politici ed economici.

L'Italia non ha tentato nulla di simile. Tutto è affidato alla iniziativa privata che non può essere che monca, disarmonica talvolta contrastante.

Così accade che alcune condizioni che dovrebbero essere favorevoli diventano sfavorevoli. Gli intellettuali che immigrano in quel paese permanentemente o temporaneamente preferiscono in genere vivere tra i loro connazionali. Restano perciò assorbiti, isolati nell'elemento italiano senza prendere o prendendo scarsi contatti con l'elemento indigeno, che domina la cosa pubblica ed è fiero della propria nazionalità. Questo sistema può essere il più facile, può condurre a risultati materiali immediati più tangibili, ma è lungi dall'essere il più adatto per diffondere nell'Argentina la cultura italiana. La Francia forse deve la sua supremazia culturale appunto a ciò che, in mancanza di immigrazione francese la penetrazione scientifica è stata attuata esclusivamente nell'elemento indigeno.

Dati i maggiori contatti, la grande simiglianza di lingua, le analogie del temperamento a noi potrebbe riescire più agevole e più efficace ancora quanto e più di quel che fa la Francia.

I giovani argentini potrebbero venire a studiare nelle nostre Università, si ritroverebbero come a casa propria, vi troverebbero mezzi sufficienti ed insegnanti valorosi.

I nostri professori potrebbero andare nelle Università argentine a tenervi corsi speciali e viceversa. La esperienza ha dimostrato quanto i nostri pochissimi professori che hanno tentato ciò per iniziativa individuale vi sieno bene accetti e graditi, e la recente visita del Prof. Arce dimostra come anche agli Argentini sia fatta in Italia la stessa sincera ed entusiasta accoglienza. D'altra parte la cosa sarebbe possibile senza turbare affatto le scuole: in Argentina i corsi scolastici sono aperti nel periodo della nostra estate quando i nostri insegnanti sono in vacanza.

Le nostre ditte produttrici di strumenti scientifici, le nostre case editrici dovrebbero cercare con mezzi adatti di diffondere la loro produzione abbandonando quella gretta mentalità che li spinge unicamente alla conquista del mercato nazionale.

Occorrerebbe infine che il governo italiano spiegasse un'azione intesa a rimuovere gli ostacoli che impediscono una larga emigrazione in Argentina di elementi intellettuali e sopra tutto di medici. Non è conveniente per nessuno, per noi come per gli argentini, che in quel paese emigrino soltanto contadini e braccianti ignoranti, la povera carne da lavoro che la miseria scaccia dalla propria terra. La emigrazione dei lavoratori manuali deve essere integrata da quella dei lavoratori del pensiero.

Ora finchè in Argentina si richiederà la *revalida* per concedere l'autorizzazione all'esercizio professionale la immigrazione di professionisti valenti sarà sempre inceppata.

Questo sistema, che vige da quando gli Stati europei rifiutarono di aderire alla proposta argentina del libero scambio dei medici, oggi non ha più ragione di esistere.

Gli argentini lo giustificano oltre che per reciprocità di trattamento, di cui il nostro governo farebbe bene a chiedere la revoca, anche perchè credono così di garentire la immigrazione di elementi intellettualmente e culturalmente superiori.

In effetti però i risultati sono contrarî. La *revalida* attualmente non è che una formalità, che fa perder tempo e danaro, ma niente altro che una formalità. Non è un crivello attraverso il quale non passano gli elementi peggiori. Viceversa distoglie dall'emigrare coloro, forse i migliori, che non intendono assoggettarvisi ritenendola umiliante.

Noi siamo lontani dal credere, come qualcuno sostiene, che appunto per ciò la *revalida* costituisca un sistema di *protezionismo* dell'esercizio professionale. I medici argentini sono oggi così valorosi da poter vantaggiosamente competere con i colleghi di altre nazionalità e sono in grado da non temerne la concorrenza.

La *revalida*, si dice, è adottata in confronto dei medici di tutte le nazionalità e quindi gli italiani non se ne possono dolere, ma sta di fatto che la immigrazione di medici in Argentina è costi-

tuita prevalentemente da italiani. Il sistema quindi è nocivo sopra tutto per questi. E ciò non possono volere, come non vogliono, il governo ed i medici dell'Argentina.

Il primo atto di questa nuova intesa culturale italo-argentina deve essere il libero scambio di medici: facoltà di libero esercizio in Italia ai laureati delle Università argentine e viceversa.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Una riunione a Roma dei Rettori delle Università.

In una sala del rettorato della Università di Roma convennero quasi tutti i rettori delle Università italiane per discutere delle attuali condizioni della vita universitaria e dei mezzi necessari per rinvigorirla.

L'importante adunanza si chiuse con la deliberazione unanime che fosse doveroso da parte dei Rettori:

1° di prospettare al Ministro della P. I. lo stato di esasperazione in cui si trovano i professori universitari per le odierne ristrettezze nelle quali la maggior parte di essi si dibatte, specialmente quanti sono privi di altri redditi professionali;

2° di avvertire la insufficienza del decreto sulle esercitazioni, col quale il Governo crede di aver provveduto alle condizioni economiche dei professori;

3° di segnalare e raccomandare all'on. Croce gli studî fatti per facilitare l'esaudimento delle legittime domande dei Corpi accademici.

I Rettori, accompagnati dall'on. marchese Torrigiani, furono ricevuti dal Ministro della P. I., al quale esposero le conclusioni surriferite, dichiarandogli che essi erano unanimi nel dissentire da qualunque manifestazione o atteggiamento che fosse disdicevole alla dignità della Scuola e al decoro dei professori, ma che non potevano nascondergli anche a questo riguardo la loro viva preoccupazione qualora il Governo mettesse a più dura prova l'abnegazione e l'alto sentimento di disciplina dei loro colleghi insegnanti.

Il Ministro mostrò di interessarsi grandemente del grave problema universitario.

Per il personale delle Università insegnante ed assistente.

La Sezione Romana dell'Associazione Nazionale fra Professori Universitari si è occupata delle condizioni economiche degli Assistenti e degli Aiuti nelle Università: condizioni manifestamente disagiate, così che da tempo è reso difficile il reclutamento di questo personale. L'Associazione ha manifestato l'avviso che occorre raddoppiare, almeno, lo stipendio di questi indispensabili cooperatori della vita scientifica e didattica degli Atenei.

Per gli stessi professori si è avanzata la necessità dell'aumento del loro stipendio: l'aumento potrebbe essere dato soltanto a quelli che non hanno proventi professionali o a quelli che dalla loro attività non universitaria traggono guadagni non rilevanti, proventi e guadagni da accertarsi per vie fiscali.

Federazioni Regionali dell'A. N. M. C.

Il Comitato centrale dell'A. N. M. C. ha proposto le seguenti Federazioni regionali: 1° Ligure; 2° Piemontese; 3° Lombarda; 4° Veneta; 5° Emiliana; 6° Toscana; 7° Marchigiana; 8° Umbro-Laziale; 9° Abruzzese; 10° Campana; 11° Pugliese; 12° Calabro-Lucana; 13° Sicula; 14° Sarda.

L'incarico di radunare i rispettivi Consigli federali è deferito agli attuali Presidenti per le Federazioni già esistenti; e per quelle di nuova formazione al Presidente della Sezione più numerosa: nominativamente ai dottori 1° Massa; 2° Oliaro; 3° Copetta; 4° Secchieri; 5° Bergamini; 6° Fatichi; 7° Paolucci; 8° Bolli; 9° Pierantoni; 10° Brunetti; 11° Telesforo; 12° Romano; 13° La Placa.

Detti colleghi sono stati invitati a convocare al più presto possibile in località centrale tutti i Presidenti di Sezione della propria Regione, rilevandone i nomi dall'elenco pubblicato sul *Medico Condotto* del 10 ottobre u. s., e comunicata loro la riforma dello Statuto sociale deliberato dal Congresso di Napoli: 1° dichiarare costituita la Federazione; 2° votare lo Statuto federale, per il quale potrà servire di traccia lo schema pubblicato sul *Medico Condotto* del 20 gennaio u. s.; 3° procedere seduta stante alla nomina della Giunta esecutiva, che entrerà immediatamente in funzione.

Nelle votazioni ciascun membro disporrà di un voto qualunque sia il numero dei soci della rispettiva Sezione.

I Presidenti neo eletti comunicheranno subito alla Presidenza Generale il verbale dell'adunanza, in modo che al più presto il Comitato centrale possa convocare il Consiglio nazionale.

Associazione medici liberi professionisti di Napoli.

In una riunione dell'assemblea generale dei medici-chirurghi liberi professionisti, tenutasi il 23 gennaio e presieduta dal prof. M. E. Abbamonte, con l'intervento di numerosi medici, fra cui alte personalità, si è discusso dell'unicità di mandato, dei concorsi al Municipio di Napoli, dei medici degli stabilimenti balneari, idroterapici e termominerali, approvando ordini del giorno presentati da Landolfi e De Cunzo, da comunicarsi alle autorità.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8663) *Pensioni.* — Dott. T. M. da F. — Il servizio militare è valutato utile agli effetti della pensione sol quando è prestato con interruzione di carriera, cioè, quando già il medico si è inscritto alla Cassa e non quando, come nel caso, è prestato prima della iscrizione. Lo stesso dicasi pei servizi interinali, i quali, se prestati dopo l'iscrizione, valgono solo ad accelerare il termine utile per conseguire il diritto alla pensione medesima. Ai termini dello articolo 2 del D. L. 4 settembre 1916 in aggiunta del servizio con diritto a pensione, sono computate, quali distinte campagne di guerra, la frazione di anno solare 1915 e gli anni solari e frazioni di anni solari 1916 e successivi durante i quali sono continuate

le ostilità della guerra. Non sono permessi che versamenti volontari annuali non superiori alle lire 400 annue.

(8664) *Riduzione di condotta.* — Dott. A. M. da R. — Ella non può essere considerata in servizio stabile perchè è stato sempre medico condotto interino, e non ha mai sostenuto concorso. L'incarico provvisorio di ufficiale sanitario a liberi esercenti è ora vietato. Ora il detto incarico o si dà al medico condotto od al libero esercente che abbia superato il prescritto concorso. Nessuna indennità è tenuto a darle il Comune nell'atto del licenziamento.

(8665) *Servizio di distribuzione di medicinali ai poveri.* — Dott. G. F. da S. — Ai termini dello articolo 57 del Regolamento generale sanitario, salvo l'applicazione della legge sulla assunzione diretta dei pubblici servizi, il Comune per la distribuzione dei medicinali ai poveri può fondare farmacie proprie e darle in appalto per la gestione ad un farmacista munito di regolare diploma. Occorre fare domanda al Prefetto della Provincia. Per la somministrazione dei medicinali ai poveri si può stabilire una tariffa fra i fornitori e l'ammin. municipale di comune accordo. Altre tariffe non esistono.

8666) *Premio Girolami.* — Dott. G. A. di C. — Per conoscere quanto desidera in ordine al premio Girolami sarà bene rivolgersi direttamente alla Segreteria Universitaria della Facoltà di Medicina.

(8667) *Esazione indebita di compenso. Punizioni disciplinari.* — Dott. M. I. da V. — Nessun delitto commette il medico condotto che *involontariamente* riscuote compenso da persona compresa nello elenco dei poveri, che non abbia declinata questa sua qualità. Sarà sufficiente restituire ciò che si è indebitamente percepito, purchè risulti provata la buona fede. Il Consiglio Comunale nei rapporti del medico condotto ha le medesime facoltà del Prefetto, e, quindi, ben può applicare punizioni disciplinari.

(8668) *Assenze dalla residenza.* — Dott. O. D. L. da O. — La facoltà di assentarsi per quattro ore ogni giorno, concessa dal Consiglio Comunale e ratificata dalla G. P. A. su parere del Consiglio provinciale sanitario, costituisce per il sanitario stabile un diritto acquisito, che non può più essere revocato dallo stesso Consiglio Comunale o da altra autorità che ne faccia le veci. In ogni caso Ella, poi, avrebbe sempre il diritto di rivolgersi alla G. P. A. per avere tutti gli aumenti di stipendio, di cui già godono gli altri impiegati comunali, oltre la indennità caro-viveri.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 5385:

Ella ha diritto alla promozione a tenente. Dato che il suo Distretto non se ne occupa, ne faccia reclamo al Ministero della guerra — Direzione centrale del servizio sanitario — domandando che dia le opportune disposizioni al Distretto perchè re-ligà la proposta di avanzamento.

Al dott. N. P. da C.:

1° Non potendosi considerare i *postumi di pleurite e la peribronchite apicale di natura sospetta* una *tubercolosi polmonare accertata*, non ritengo Ella abbia diritto all'assegno che concerne i *tubercolosi polmonari di guerra*.

2° I provvedimenti di pensione a carico dello Stato escludono le indennità di congelamento, ecc.

M. G.

Medici di reparto delle Ferrovie. — Al dottor E. B. da Mondovì:

Il concorso per posti di medico di reparto nei Compartimenti di Napoli, Bari, Roma, Ancona e Reggio Calabria è stato bendito per coprire vacanze verificatesi in seguito a morte o dimissioni dei rispettivi titolari.

D. G.

CONCORSI.

ALESSANDRIA. — Medico condotto supplente aggiunto all'Ufficio d'Igiene; L. 5000 lorde, compresa indennità caro-viv.; sei bienni del 4%; assegno complementare caro-viv.; L. 300 per supplenza; indennità mezzo di trasp. se riconosciuto necessario. Età limite 40 anni. Chiedere annunzio al Segret. Generale. Scad. ore 16 del 15 marzo.

BAGNACAVALLO (*Ravenna*). — Chirurgo primario; L. 10,000. Due condotte del forese; L. 8000 più L. 2500 per la cavalcatura. Scad. 21 febbraio. Due indennità caro-viveri.

COSTA DI ROVIGO (*Rovigo*). — Condotta; L. 6000, oltre L. 600 per indennità alloggio; L. 500 per tenuta ambulatorio; L. 2500 mezzo trasporto se con cavallo e L. 1000 se con bicicletta. Indennità caro-viveri. L. 400 se uff. san. Scad. 25 febbraio.

GRAMMICHELE (*Catania*). — Condotta; L. 5000 e cinque quinquenni del decimo; L. 2 ogni povero oltre il migliaio e L. 3 oltre 2000, non oltre 3000. Scad. 5 marzo.

MILANO. *Consiglio degli Istituti ospitalieri.* — Concorso pubblico per titoli ed esami a 9 posti di medico-chirurgo assistente interno; nette lire 4500; alloggio e vitto nell'Ospedale secondo il dietetico stabilito dal Consiglio; obbligo dell'orario giornaliero di servizio dalle 8 alle 12 e dalle 15 alle 18, e della guardia notturna a notti alterne. Compiuto il biennio di servizio gli assistenti interni in ordine di anzianità passeranno ad occupare i posti di assistente ordinario che si fossero resi vacanti collo stesso stipendio di L. 4500, aumentabili a L. 4800 dopo il 5° e a L. 5000 dopo il 10° anno di servizio. Istanze di concorso all'Ufficio di protocollo del Consiglio, in via Ospedale, 5, non più tardi delle ore 16 di giovedì 31 marzo, coll'indicazione del nome, cognome, paternità e domicilio dell'aspirante e corredate dai documenti. Età non minore di 21 e non superiore ai 39 anni. L'esame è pubblico e consta: *a*) della relazione anamnestica e del rilievo somatico di un malato; *b*) di una autopsia; *c*) di una prova di chimica clinica e di una di microscopia e di batteriologia clinica descrivendone la tecnica. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Direzione Medica degli Istituti Ospitalieri.

Pieve Soligo (*Treviso*). — A tutto 28 corr. condotta per poveri fino a 1000, L. 6000; per ogni povero in più L. 2; mezzo di trasporto L. 1800; quadennità caro-viveri. Direzione dell'ospedale Balbile uff. san. L. 500; in via temporanea doppia in-Valier, con assegno dall'Ospedale di L. 2000. Biennio in ospedali o condotte.

Poggio Moiano (*Perugia*). — A tutto il 28 febbr. condotta; L. 6000 con tre quinquenni del decimo, L. 1000 per disagiata residenza, L. 1000 per residenza povera, L. 2000 per cavalcat., L. 150 (*sic*) quale uff. san., L. 450 per funzionamento armadio farmac. fino all'apertura della farmacia, L. 1400 d'indennità temporanea finchè la condotta non sia trasformata in residenziale. Doppio caro-viveri. Abit. 2278 compresa una vicina frazione, provvista di comoda strada. Servizio automobilistico, che permette andata e ritorno da Roma in giornata. Servizio entro 20 giorni.

Porto Tolle (*Rovigo*). — Condotta IV reparto; L. 6000; indennità residenza L. 500; cav. L. 2500. Doppoio caro-viveri. Scad. 28 febbraio.

Savoia di Lucania (*Potenza*). — Condotta residenziale: L. 4500 comprese funzioni uff. san., oltre caro-viv.; abitaz. gratuita. Scad. 28 febbraio.

Medico-chirurgo, laureato nel 1910, pratico chirurgia, radiografia e batteriologia, occuperebbesi in Clinica privata o in Ospedale di città secondaria. Scrivere Farmacia G. Berchicci, Palata (Campobasso).

Giovane medico, laureato Roma, tre anni servizio militare, accetterebbe subito buon interinato. Dott. Giovanni Martini, Alatri (Roma).

Medico-chirurgo odontoiatria, con diploma di specialista, lunga pratica all'estero, desidera collaborare o associarsi in avviato Gabinetto. Scrivere: Dott. R. Ferroni, San Giorgio a Cremano (Napoli).

Medico-chirurgo giovane, pratico anche di ostetricia, accetterebbe ovunque interinato scopo stabilità. Indirizzo: Dott. Leonida Cavallari, S. Antonio Abate di Lettere (Napoli).

Diffide.

Nuove diffide: Gatteo e S. Mauro di Romagna (Forlì); Arcevia (Ancona); Cornate, Pieve Emanuele, Opera e Vernate (Milano); Chiavenna (Sondrio).

Ci si comunica:

La Sezione del Circondario di Rieti (Umbria), nella adunanza plenaria del 3 febbraio, ha deliberato di diffidare il concorso alla condotta di Poggio Moiano (Umbria) perchè l'Amministrazione Comunale, senza ragioni plausibili e contro la volontà del titolare, accettava le dimissioni che questi aveva date un anno fa per tutelare la propria dignità offesa, ma delle quali dagli amministratori del tempo non era stato tenuto conto.

Il titolare è a disposizione dei malati sul luogo e quindi chiunque assuma il servizio di quella condotta sarà ritenuto krumiro.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nelle Università.

Il prof. Giovanni Razzaboni, da Camerino è stato chiamato dalla Facoltà medica di Parma a dirigere l'Istituto di Patologia chirurgica di quella R. Università.

Il prof. Giuseppe D'Agata, da Firenze è stato chiamato dal Corpo Accademico di Camerino a dirigere l'Istituto di Patologia e di Clinica chirurgica.

Negli Ospedali riuniti di Roma.

Esito del concorso a 32 posti di aiuti medici (Commissione esaminatrice: Ballerini Enrico, Carducci Agostino, Lugli Augusto, Milani Aminta, Ugolini Rodolfo):

1. Milani Eugenio; 2. Sebastiani Antonio; 3. Sabatini Giuseppe; 4. Manini Leonida; 5. Ricci Flaminio; 6. Masci Bernardino; 7. Gargasola Donato; 8. Lupi Arnaldo; 9. Escalar Gioacchino; 10. Mazzetti Augusto; 11. Schiavoni Alfredo; 12. Pettenati Alfredo; 13. Secondari Epaminonda; 14. Schiboni Luigi; 15. Bompiani Gaetano; 16. Daretti Ugo; 17. Palmerini Agostino; 18. Capanna Arnaldo; 19. Natali Augusto; 20. Ricci Alfredo; 21. Scolari Silvio; 22. Drago Armando; 23. Gigante Gaetano; 24. Tata Riccardo; 25. Savini Guglielmo; 26. Osslan dott.ssa Rachele; 27. Milani Guido.

Esito del concorso a 15 posti di aiuto chirurgo (Commissione esaminatrice: De Fabii Achille, Ferraresi Paolo, Ferretti Tito, Margarucci Oreste, Micheli Cesare):

1. Chiasserini Angelo; 2. Marinacci Sertorio; 3. Ricciuti Giuseppe; 4. Tari Francesco; Giglio Antonino; 6. Menegali Girolamo; 7. Caravani Luigi; 8. Raimoldi Gustavo; 9. Puccinelli Vittorio; 10. Piccini Ugo; 11. Ciancarelli Francesco; 12. Manna Arturo; 13. D'Avach Alfredo; 14. Fioretti Arnaldo; 15. Giannelli Gino.

***

Il dott. Enrico Villa, già presidente dell'A. N. M. C., condirettore de «L'Avvenire Sanitario», è nominato Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia, in riconoscimento delle benemerenze acquistate con le conferenze d'igiene e di medicina sociale che egli tiene da parecchi anni ai ferrovieri nei principali centri dei Compartimenti di Milano e di Venezia: il valente sanitario ha compiuto così un'efficace e sana propaganda contro la sifilide, la tubercolosi, l'alcoolismo ed altre malattie sociali.

Porgiamo le nostre congratulazioni all'insigne sanitario per il significato, più che per l'entità, della onorificenza.

***

Il prof. Giovanni Mingazzini è stato nominato socio corrispondente della R. Accademia delle Scienze mediche di Palermo e dell'Accademia medico-fisica fiorentina. Rallegramenti cordiali.

***

Presso l'Università di Montpellier è stata creata una cattedra di Ginecologia medica ed operatoria ed affidata al prof. De Rouville.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso Internazionale di Storia della Medicina.

Avrà luogo a Parigi dal 1° al 5 luglio 1921, sotto la presidenza dei proff. Jeanselme e Ménetrier; Segretario generale è il dott. Laignel-Lavastine (12-*bis*, Place de Laborde, Paris-VIII; telegrammi: Wagram 21-08).

I lavori comprenderanno tre sezioni: medicina, farmacia, veterinaria.

Sono inscritti nel programma: sedute di comunicazioni al mattino, conferenze, escursioni negli ospedali e musei al pomeriggio, inaugurazione di un museo di storia della medicina e d'una esposizione medica retrospettiva, escursione al castello di Saint-Germain-en-Laye, ricevimento al Municipio.

L'Ufficio del Congresso prega vivamente i sanitari che avessero materiali interessanti la storia della medicina (strumenti, medaglie, incisioni, quadri, sculture, libri, ecc.), di volerli inviare in prestito all'esposizione retrospettiva temporanea.

V Congresso Medico Siciliano.

Per iniziativa del prof. L. Giuffrè, direttore della R. Clinica Medica e presidente dell'Ordine dei Medici di Palermo, sarà tenuto a Palermo, in aprile 1921, il V Congresso Medico Siciliano, che ormai ha storia gloriosa non solo per il numero di medici che d'ogni parte dell'isola, dal continente ed anche dall'estero intervengono a questi convegni regionali, ma anche perchè hanno avuto sempre uno scopo altamente scientifico e pratico. Il Congresso si dividerà in tre sezioni: di medicina, di chirurgia e d'interessi professionali.

Quest'ultima sezione assumerà grandissima importanza, giacchè si getteranno le basi per una maggiore fusione delle diverse categorie della classe medica, catègorie che debbono poi fondersi per prestarsi man forte. Medici condotti, ufficiali sanitari, medici ferroviari, medici ospedalieri, liberi esercenti hanno da concretare propri programmi di azione, nell'interesse loro particolare e nel comune interesse anche delle altre classi.

Ufficio Bibliografico-Idroclimatologico Italiano.

Il Congresso di Perugia approvò all'unanimità la proposta di raccogliere accuratamente tutte le pubblicazioni d'ordine medico-scientifico e storico, riguardanti ciascuna delle nostre stazioni di acque, climatiche e curative in genere.

Il concetto generale e lo scopo di tale raccolta, con la compilazione di un elenco di tutte le pubblicazioni, il quale renda facile il rintracciarle, vennero esposti nella comunicazione presentata al Congresso stesso dal dott. prof. P. Piccinini (*Sulla opportunità di una raccolta bibliografica-idroclimatologica italiana*) nella quale vennero fissate anche le linee generali e le suddivisioni più importanti di tale raccolta.

Dalla Presidenza venne proposto, e dal Congresso fu approvato con plauso, che una Commissione, appositamente costituita, si occupasse di tradurre in atto tale idea generale, intorno alla quale ciascuno dei componenti aveva già precedentemente portato qualche contributo.

È desiderio della Commissione che di tutte le stazioni italiane, qualunque sia il loro odierno sviluppo, o la importanza avuta in passato (rispecchiantesi nella bibliografia), di tutte, insomma, le grandi e le piccole nostre stazioni crenoterapiche e climatiche, ben comprese quelle delle regioni recentemente congiunte alla Madre Patria, risulti, dalla raccolta delle pubblicazioni relative, antiche e recenti, non solo la storia, ma la esatta valutazione scientifica, medica, terapeutica.

Si pregano pertanto tutti i sanitari e gl'interessati di voler inviare con cortese sollecitudine, alla predetta Commissione, tutte le monografie, gli opuscoli, le pubblicazioni in generale, o, in mancanza, i dati bibliografici antichi e moderni, riguardanti le varie stazioni, che servirebbero per costituire (in una sede che verrà fissata e dove saranno a disposizione degli studiosi) un *Ufficio bibliografico-idroclimatologico italiano*, dal quale verrà elaborata, appena le circostanze lo consentiranno, la raccolta completa, per la stampa.

In particolare si prega di voler indicare se si voglia gentilmente assumersi l'incarico di inviare, già redatto e per quanto possibile completo, l'elenco bibliografico relativo ad ogni Stazione.

La Commssione sarà ben lieta di contribuire con ogni sforzo a che risulti nel miglior modo documentata la storia della nostra idroclimatologia, sì che il lavoro scientifico compiutosi intorno ad essa possa servire ad illuminare sempre più nel suo valore terapico effettivo tanto i colleghi medici italiani, quanto quelli all'estero.

La Commissione è così costituita: professori D. Barduzzi (Siena), A. Corsini (Firenze), P. Piccinini (Mliano), G. Ravaglia (Bologna), L. Viganò (Milano).

Mentre non è ancora fissata la sede dell'*Ufficio Bibliografico*, pregasi indirizzare per ora lettere, stampati, ecc., all'*Associazione Sanitaria Milanese*, *nese* - Via S. Paolo, N. 10 - Milano.

Corso di perfezionamento in igiene.

In seguito ad autorizzazione ministeriale il 15 marzo p. v. nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Palermo avrà principio il corso bimestrale d'igiene pratica per gli aspiranti alla carica di ufficiale sanitario. Il corso sarà quotidiano e comprenderà: Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive; Microscopia e batteriologia applicata all'igiene; Igiene generale; Igiene speciale; Statistica e legislazione sanitaria.

Per essere iscritto al corso si dovrà farne domanda in carta bollata al Rettore dell'Università, alligando: *a*) Certificato di laurea in Medicina e Chirurgia o in Veterinaria, Chimica, Chimica e Farmacia, Scienze naturali, Ingegneria o diploma in Farmacia; *b*) ricevuta di L. 200 rilasciata dall'Economo della stessa Università.

È necessario che gli ammessi sieno forniti di un microscopio adatto per le ricerche batteriologiche. In mancanza, l'uso del microscopio può essere concesso dall'Istituto dietro pagamento di L. 50.

Essendo limitato il numero dei posti, nell'ammissione si terrà conto dell'ordine di presentazione delle domande.

Corso di diritto sanitario all'Istituto Superiore di Firenze.

Nella sede dell'Istituto di Igiene presso l'Ateneo di Firenze ha iniziato un Corso di diritto sanitario per i sanitari e gli aspiranti all'esercizio il prof. avv. Silvio Lessona.

La Federazione Universitaria Italiana.

Dinanzi ad un immenso numero di studenti ed a moltissimi professori universitari si è inaugurata, nell'Aula Magna dell'Università di Roma, la Federazione Universitaria Italiana.

Oratore ufficiale è stato l'on. Paolo Orano. Egli ha fatto la storia dell'idea di organizzare in una Federazione nazionale tutte le forze studentesche e professorali d'Italia. Ha compiuto un'analisi efficacissima della minacciosa condizione in cui la classe universitaria si trova, vero proletariato, ignoto quasi, che pure ha nelle mani i destini della nazione. Ha tracciato un quadro angosciante delle miserie degli studenti, la gran maggioranza dei quali si trova, dovendo lavorare per vivere e pagarsi le tasse, nell'impossibilità di frequentare i corsi: ed ha dimostrato che il problema dell'alta cultura e dell'insegnamento universitario non potrà essere risolto se la classe studentesca non viene messa in condizioni di esistenza economiche e morali superiori.

Ha dato notizia di quel che è stato già fatto dal Comitato provvisorio, e cioè della costruzione della Casa dello studente, di cui è prossimo il finanziamento, mercè l'opera energica dell'on. Luzzatti, del prof. Castelnuovo, dell'ing. Luiggi, di Salvatore Lauro; dei mezzi escogitati per proteggere la gestione delle pubblicazioni scientifiche; dell'organizzazione di un grande Congresso che la Federazione terrà fra breve. La Federazione ha il suo organo, *La Vita Universitaria*, oltre alla rivista *La Fionda*, che è l'animatrice di tutto il movimento.

Prese poi la parola l'avv. Cupi, per annunziare che il ministro Facta riceverà il primo comitato degli studenti allo scopo di regolare la questione importantissima dell'area della Casa Universitaria nella zona della Città degli studi.

Società Romana di antropologia.

Nella adunanza del 24 gennaio 1921, tenuta sotto la presidenza del prof. A. Giannelli, furono lette le seguenti comunicazioni scientifiche: prof. Giuseppe Sergi, *Se nel terziario antico esistono elementi del tipo homo*; prof. U. Rellini, *Stazioni africane di transizione tra il paleolitico ed il neolitico;* prof. R. Corso, *La demopsicologia in Italia;* dott. M. Patanè, *Contributo allo studio della microencefalia;* prof. Sergio Sergi, *Sui muscoli intercostali dello cimpanzè*.

L'insegnamento medico post-universitario in Europa.

Mentre le Facoltà medica di Londra e di Parigi si sforzano di prendere il posto che venne già tenuto da Berlino e da Vienna nell'organizzazione dell'insegnamento medico post-universitario e nel richiamare i medici di tutti i paesi ai loro corsi di perfezionamento, le due capitali dei paesi sconfitti si ridestano, in modo inatteso; esse organizzano corsi completi, offrono facilitazioni notevoli agli ospiti e diramano inviti allettanti.

Negli Stati Uniti un Comitato *ad hoc* ha organizzato un'escursione in comitiva all'Università di Vienna, per seguirvi i corsi post-universitari e visitarvi i più importanti Istituti medici.

Naturalmente in Italia ci si guarda bene dal seguire questi esempi.

Una maternità a Milano.

Con una simpatica cerimonia venne collocata a Milano, al Viale Umbrio, la prima pietra del «Sorriso materno», casa per partorienti e per l'allevamento dei bambini, promosa dalla nobile signora Evelina Felcher Giamosa.

Le medaglie "Nigthingale„ alle infermiere volontarie della C. R. I.

Ha avuto luogo, alla Reggia del Quirinale, la solenne consegna delle medaglie «Florence Nigthingale» a sei infermiere volontarie italiane della C. R. La consegna venne compiuta da S. M. la Regina Elena. Alla imponente cerimonia assistevano i ministri della Guerra e della Marina, il generale Diaz, l'ammiraglio Thaon di Revel e altre altissime personalità. Pronunciarono discorsi il sen. Ciraolo, presidente della C. R. I.; il sig. Ador, ex-presidente della Confederazione Elvetica; il principe di Trabia e il generale Della Valle. Poi S. M. la Regina fece leggere dal Direttore generale prof. Baduel gli stati di servizio e le motivazioni per il conferimento delle medaglie alle infermiere decorate, tra cui è S. A. R. Elena di Francia, duchessa d'Aosta.

Dopo la lettura Sua Maestà la Regina ha appuntato sul petto delle decorate la medaglia ed ha detto a ciascuna gentili parole di congratulazione e di plauso.

Il primo Centro medico negli Stati Uniti.

È sorto a New York City un centro sanitario, «Health Center», organizzato da un grande Sindacato operaio, l'«International Ladies Garment Workers' Union», che accoglie circa 100,000 addetti all'industria dell'abbigliamento.

Questa Trade Union aveva già organizzato nel 1918 un complesso servizio sanitario, ma senza accentramento e senza coordinazione; in un anno vi furono trattati 15,000 casi da medici, chirurgi e specialisti e 5000 da dentisti.

Il novello Istituto ha sede in un edifizio rimesso a nuovo (alla East Seventeenth Street, n. 131): i primi due piani sono occupati da numerosi ambulatorii; i piani superiori da sale di riposo e da ampi locali per refettorii.

Vi sono addetti numerosi medici e infermiere e sei dentisti. Funziona a benefizio dei soci, che debbono sostenere le pure spese di costo, su base mutualista.

All'inaugurazione del Centro medico parlarono il Commissario sanitario di New York dott. Royal S. Copeland, il presidente dell'Associazione Benjamin Schlesinger e varie personalità eminenti.

Deficienza di medici nell' Europa Orientale.

Il Ministero di Sanità della Polonia ha inoltrato alla Croce Rossa Americana una relazione che documenta la penuria di medici nella Polonia.

Sono morti ultimamente 400 medici di tifo esantematico in questa Nazione, che sopra una popolazione di 28 milioni di abitanti dispone di 4000 medici appena: ossia un medico ogni 7000 abitanti.

La Croce Rossa americana va rafforzando sempre più i servizi medici da essa organizzati in Polonia, per sopperire i bisogni crescenti di assistenza sanitaria.

* * *

La Croce Rossa Americana ha anche lanciato un appello a tutti i medici degli Stati Uniti che volessero recarsi nell'Europa Orientale per l'assistenza ai bambini malati. La rimunerazione assegnata sarà sufficiente per vivere e consentire qualche risparmio. L'appello si rivolge in specie ai giovani medici che volessero trascorrere un anno in Europa. Le informazioni vengono raccolte dal dottor Charles M. Berry, American Red Cross, 44 East 23rd Street, New York City.

Contro l'uso dell'oppio.

Il trattato di Versailles vorrebbe opporsi alla diffusione di vizi che possano mettere in serio pericolo l'avvenire dell'umanità.

L'art. 295 unisce quattordici potenze, in uno speciale protocollo, per la lotta contro l'oppio (Italia, Inghilterra, Belgio, Brasile, Spagna, Portogallo, Svezia, Danimarca, Equatore, Nicaragua, Guatemala, Siam, Uruguay, Venezuela). Per dimostrare fin da principio la vitalità della Lega delle nazioni e la concordia che la ispira, altre potenze (Francia, Serbia, Grecia, Rumenia, Giappone, ecc.) si sono astenute dal citato protocollo; ma hanno promesso di provvedere entro un anno alla restrizione del commercio delle droghe nocive.

Il problema merita certamente un serio esame: si pensi che nell'anno scorso l'Inghilterra ha esportato circa 90,000 kg. di morfina; sarebbe ingenuo il ritenere che questa fosse solo destinata ad usi terapeutici. La coltivazione del papavero è ora stata ripresa intensamente in Cina, mentre si va estendendo nell'India, dove prima non si faceva per scrupoli religiosi. Sarebbero desiderabili quindi severe misure restrittive, per impedire nei limiti del possibile un'ulteriore diffusione di questa e di altre tossicomanie che rovinano l'umanità.

Vittima della Scienza.

Il dott. Guido Zoratti, di anni 26, da Udine, era venuto a Roma ai primi di gennaio per frequentare il corso di perfezionamento in Pediatria. Era stato congedato in quell'epoca, col grado di tenente medico e come tale aveva partecipato alla grande guerra, rimanendo anche ferito alla regione lombare.

Recandosi, assieme ai colleghi, ad assistere ad una lezione sulle malattie infettive, al reparto isolamento al Policlinico, esaminando un bambino affetto da scarlattina rimase contagiato di questa malattia. Fu subito ricoverato nel medesimo reparto e curato affettuosamente. Purtroppo, dopo qualche giorno le condizioni del giovane medico si aggravarono improvvisamente per il sopraggiungere di una nefrite emorragica, che lo uccideva in meno di una settimana, togliendolo all'affetto della vecchia madre e all'amicizia di quanti lo avvicinavano.

I funerali sono riusciti imponenti e commoventi nella loro semplicità. Ha fatto servizio d'onore una compagnia dell'81º reggimento fanteria. Hanno dato il commosso saluto alla salma dell'estinto, il prof. Luzzatti, incaricato dell'insegnamento della Clinica pediatrica, il prof. Modigliani e un medico in nome dei colleghi tutti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed resp.*

ANNO XXVIII Roma, 28 Febbraio 1921 Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Agli Abbonati.

A tutti coloro che non vi hanno ancora provveduto, rivolgiamo viva preghiera di favorirci senza indugio, mediante cartolina-vaglia, l'importo del proprio abbonamento pel 1921.

Coloro specialmente che desiderano beneficiare del Semi-premio "MANUALE DI LEGISLAZIONE SANITARIA", del nostro *Doctor JUSTITIA*, che sarà ceduto per sole L. 8.00 (comprese le spese di spedizione postale raccomandata e di imballaggio) unicamente a chi avrà soddisfatto l'abbonamento prima del 31 marzo, non lascino trascorrere detto termine e vogliano pertanto aggiungerle all'importo dell'abbonamento, o mandarcele mediante cartolina-vaglia, qualora l'abbonamento sia stato da essi già pagato.

Avvertiamo inoltre gli abbonati di Roma che la nostra Amministrazione non manderà ad incassare alle loro case e che perciò l'importo d'abbonamento dovrà essere inviato mediante cartolina-vaglia, oppure pagato nei nostri uffici dietro ritiro di analoga quietanza.

N. B. — Della cartolina-vaglia inviata in saldo dell'abbonamento deve conservarsi la relativa ricevuta.

L'AMMINISTRAZIONE.

LAVORI ORIGINALI.

Una nuova indagine sulle urine per la diagnosi di nefrite e di tumore maligno.

Ricerca del coefficiente uro-emolitico.

Prof. ALFREDO AMATI
docente di Semeiotica Medica
nella R. Università di Napoli.

In un mio recente lavoro sperimentale sull'*emoglobinuria* eseguito nella clinica del professore Cardarelli mi sono occupato particolarmente dello studio dell'*emolisi urinaria*. Dopo avere esaminate sommariamente le varie influenze che sono ritenute capaci di rendere l'urina globulicida ho rivolto le mie indagini a studiare:

1° In qual modo si comportano i globuli rossi allorchè vengono immessi nelle urine di persone sane e quale influenza si può argomentare che abbiano sul fenomeno dell'emolisi il peso specifico dell'urina, la reazione, il quantitativo di cloruri, dell'urea, la concentrazione molecolare.

Da questa prima serie di esperimenti risultò che un'urina normale non è mai emolitica, anzi nel maggior numero dei casi ha un potere antiemolitico, tendente piuttosto ad un'azione ipertonica sulle emasie. E ciò che più interessa è che questa azione antiemolitica dell'urina non è in relazione diretta col peso specifico, con la reazione, col quantitativo di urea e di cloruri, col delta crioscopico. Mettendo da parte l'urea che come è noto non ha alcuna azione sul globulo rosso, essendo ben dimostrato come le soluzioni di urea si sottraggono alle leggi dell'osmosi e si comportono come l'acqua distillata di fronte alle emasie, dai risul-

tati ottenuti ho potuto rilevare come urine anche di peso specifico molto basso, con una deficiente quantità di cloruri, con un delta crioscopico alto non davano emolisi. In alcuni casi sembra addirittura che l'urina si allontani e non rispetti le leggi fisiche dell'osmonocività; ciò che verrebbe a confermare l'ipotesi già fatta da altri osservatori che nelle urine di persone sane vi sia una sostanza antiemolitica e capace, aggiungo io, fino ad un certo limite di rendere l'urina resistente alle leggi fisiche del l'osmonocività.

2° Dopo aver stabilita nelle linee generali quale sia l'azione dell'urina normale sui globuli rossi, incominciai la seconda serie degli esperimenti; mi detti cioè alla ricerca di urine patologiche emolitiche e dopo lunghe indagini con le urine di ammalati diversi potetti riscontrare solamente sei urine dotate di potere globulicida; tre appartenevano ad ammalati di nefrite interstiziale cronica, una ad un infermo di nefrite parenchimale cronica, un'altra ad un'ammalata di carcinoma dell'utero ed un'ultima ad un'inferma di sarcoma dello sterno. Anche per queste sei urine emolitiche ho potuto constatare come la reazione, il peso specifico, il quantitativo di urea e di cloruri, il delta crioscopico non davano alcuna indicazione precisa sulla influenza che questi varii elementi possono avere sul fenomeno dell'emolisi; ed io che oltre ai casi riferiti ho eseguito posteriormente tanti altri esperimenti su urine di nefritici assai povere di sali, con peso specifico basso, ecc., e che non di meno non erano emolitiche, ho acquistato la convinzione della pochissima influenza di quei fattori sul fenomeno della emolisi urinaria.

Restava però provato che in alcuni ammalati di nefrite e di tumori maligni le urine possono acquistare un potere globulicida o, come da ritenersi anche possibile, perdere il potere antiemolitico di cui sono dotate normalmente e ciò senza che vi sia una relazione diretta fra il potere emolitico od antiemolitico ed il peso specifico, la reazione, il quantitativo di cloruri, ecc.

Queste indagini, se dal punto di vista scientifico possono avere importanza, sembrava in un primo momento che non presentassero grande utilità pratica; e ciò sia perchè poche urine di nefritici e di cancerosi sono veramente emolitiche e sia per il fatto che questo potere globulicida dell'urina, quando si riscontra, non è costante nello stesso infermo giacchè ho potuto constatare che esso si manifesta in alcuni periodi della malattia e specie nei casi di nefrite sembra che coincida con fenomeni di aggravamento del male.

Le mie indagini però non si sono arrestate qui: con un'altra serie di esperimenti ho voluto precisare il grado del potere antiemolitico normale delle urine, aggiungendo a queste ed in proporzioni diverse una sostanza emolitica e mi sono servito della più semplice, cioè dell'*acqua distillata*. Con altre parole se un'urina di uomo sano non è emolitica quanto occorre di acqua distillata perchè essa diventi globulicida?

Preparata una serie di otto provette faccio le seguenti diluizioni:

1ª provetta 6 c.c. urina assoluta;

2ª prov. 5½ c.c. urina e ½ c.c. acqua distillata;

3ª prov. 5 c.c. urina e 1 c.c. acqua distillata;

4ª prov. 4 c.c. urina e 2 c.c. acqua distillata;

5ª prov. 3 c.c. urina e 3 c.c. acqua distillata;

6ª prov. 2 c.c. urina e 4 c.c. acqua distillata;

6ª prov. 1 c.c. urina e 5 c.c. acqua distillata;

8ª prov. ½ c.c. urina e 5½ c.c. acqua distillata.

Punto il dito dell'infermo con una pipetta aspiro il sangue e ne faccio cadere un paio di gocce per ogni provetta, indi metto le provette nella stufa a 37° e guardo dopo 2-24 ore; anche per queste ricerche di ogni urina ho rilevato il peso specifico, la reazione, il quantitativo di cloruri, il delta crioscopico.

I risultati ottenuti si possono riassumere così:

Le urine fisiologiche per divenire emolitiche hanno bisogno di un allungamento notevole con acqua distillata che, nel maggior numero dei casi, deve raggiungere i $^5/_6$ di fronte ad $^1/_6$ solamente di urina. Ma ciò che è più importante si è che questo rapporto di diluizione è quasi costante in tutte le urine. E se noi chiamiamo *coefficiente uro-emolitico* la minore diluizione indispensabile perchè un'urina diventi emolitica potremo dire che questo coefficiente è quasi costante nelle urine fisiologiche; esso è ordinariamente uguale a $^5/_6$, ma può oscillare fisiologicamente fra $^2/_3$ e $^{10}/_{11}$. Praticamente in condizioni normali non si ottiene emolisi oltre le ultime tre provette; più spesso solo nelle ultime due ed in casi più rari nella sola ultima provetta.

Passando invece dalle urine fisiologiche a quelle patologiche ed usando la stessa diluizione si constata che nei nefritici e negli ammalati di tumore maligno il coefficiente uro-emolitico si sposta considerevolmente tanto che

in molti casi già nella seconda provetta nella quale a 5½ c.c. di urine è aggiunto soltanto ½ c.c. di acqua distillata si ottiene emolisi. Nelle urine di questi infermi avviene quasi un'inversione del coefficiente uro-emolitico che raggiunge perciò $^1/_{11}$, $^1/_6$, $^1/_3$. Così mentre le urine dei nefritici e dei cancerosi in casi rari sono per sè stesse emolitiche e mentre questo potere emolitico come ho già detto non è sempre costante, esse presentano invece *costantemente* un'alterazione del coefficiente uro-emolitico.

Richiamo perciò l'attenzione degli studiosi su questa ricerca che si presenta senza dubbio promettente di interessanti applicazioni diagnostiche.

Il metodo è molto semplice, di facile esecuzione tecnica e quindi alla portata di tutti; e se le conclusioni a cui sono pervenuto verranno, come spero, confermate da altri, ritengo che la ricerca del coefficiente uro-emolitico possa entrare fra le comuni indagini di laboratorio ed essere di grande utilità diagnostica nei casi dubbi di nefrite e di tumore maligno.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo clinico alla questione della cheratite parenchimatosa traumatica

per il dott. ALFREDO ROSICA
assistente della Clinica Oculistica di Roma.

L'indagine clinica e sperimentale intesa a risolvere il problema dell'esistenza, o meno, di una forma di cheratite parenchimatosa di origine traumatica, presenta un notevole interesse scientifico ed, inoltre, una non lieve importanza medico-legale, perchè da un lato si riallaccia all'argomento, tuttora dibattuto, della eziologia della cheratite parenchimatosa in genere, dall'altro trova non rare applicazioni nel campo oculistico medico-legale per la tendenza, che vi è nei profani, di spiegare con cause note e, direi, famigliari alla propria mentalità, l'insorgere dei più svariati processi morbosi, ed anche, e sopratutto, per l'interesse che ha l'operaio reso invalido, temporaneamente o permanentemente, da una malattia, a far riconoscere questa come dipendente dal genere di lavoro che egli compiva.

Nè dobbiamo meravigliarci che il volgo abbia dei concetti errati sull'influenza del trauma nella genesi delle forme morbose, quando vediamo che scienziati di fama mondiale, di altissima levatura mentale e di vasta e profonda coltura, sono caduti talvolta nello stesso errore.

Il Mackenzie, ad esempio, che forse per il primo differenziò in una entità morbosa ben definita, quantunque ad eziologia ancora oscura, la *cheratite interstiziale*, chiamandola però poco esattamente: *corneite scrofolosa*, così indica alcune altre cause di tale affezione nel suo stupendo « Trattato pratico delle malattie dell'occhio » (1856).

« Io ho veduto (egli scrive) delle persone essere colpite da questa malattia per essersi esposte alla luce delle fiaccole o in seguito ad eccessivo lavoro degli occhi o per la privazione del sonno.

Delle leggere lesioni, come l'introdursi di un insetto nell'occhio, possono produrla.

Assai spesso se ne può attribuire la causa all'azione del freddo e dell'umidità ».

Nè più acuto indagatore delle origini della cheratite parenchimatosa si dimostrò poco più tardi (1863) il De Wecher, quando, dopo aver delineato nitidamente i caratteri e la evoluzione del processo morboso asserisce:

« Quantunque così singolare nelle sue manifestazioni e nel decorso, ha tuttavia una eziologia ignota. Hanno specialmente tentato di attribuirla alla sifilide, sopratutto a quella ereditaria; i colleghi inglesi pretendono (!!) di avere spesso trovato la cheratite diffusa nelle persone sospette di sifilide ereditaria, specialmente a causa dell'aspetto dei loro denti (Hutchinson). Manca finora una statistica sufficientemente esatta che sola potrebbe gettare un po' di luce sulla questione ».

Eppure già da qualche anno (1858) il genio clinico di Hutchinson irradiava con insistenza potenti fasci di luce sulle manifestazioni della sifilide ereditaria, specie in rapporto agli organi visivi, ed aveva scolpito in incancellabile rilievo la classica maschera dell'eredoluetico.

L'indole di questa comunicazione e gli angusti limiti che le sono, per necessità, assegnati, non mi consentono di ricordare le ragioni che hanno indotto il clinico inglese a considerare la cheratite parenchimatosa diffusa come una diretta conseguenza della sifilide ereditaria, nè le molteplici stimmate somatiche caratteristiche che ordinariamente vengono schematizzate nella nota *triade di Hutchinson*.

E nemmeno rievocherò le discussioni vivaci che divamparono, in quel tempo, sull'eziologia della cheratite parenchimatosa, fra i seguaci di Hutchinson — uno sparuto manipolo dapprima — e gli avversarî, queruli ed aggressivi, stretti attorno all'alta figura di Panas: è la storia di tutte le innovazioni che urtano contro la greve resistenza opposta dal misoneismo, le dottrine prevalenti in una data epoca ed il dogmatismo intransigente degli accademici.

Poichè il quadro della tubercolosi dominava — unico, quasi — l'ambiente clinico di quel tempo, e la teoria umorale d'Ippocrate non si era ancora rinnovata nella moderna sierologia, era logico che la cheratite interstiziale diffusa fosse considerata come una forma *strumosa, scrofolosa, linfatica, discrasica, cachettica, distrofica*, ecc.

A questi motivi si aggiunse l'erronea credenza, assai diffusa in quell'epoca, che la cornea godesse una specie d'immunità in rapporto alla sifilide acquistata, e che, *quindi*, data *l'unicità* dell'infezione luetica, non fosse ammissibile nemmeno una cheratite interstiziale di origine eredo-luetica, che rappresenterebbe, d'altra parte, una manifestazione troppo tardiva della sifilide: le quali osservazioni vanno interpetrate come un doppio sofisma, fondato su di una falsa premessa ed una non meno arbitraria constatazione intermedia.

Era, quindi, logico che anche le conseguenze fossero errate, ed esse, infatti, vennero recisamente smentite dalle osservazioni successive.

Con pari rigore di argomentazioni Don Ferrante negava l'esistenza della peste un momento prima d'esserne colpito....

L'esatto concetto eziologico della cheratite parenchimatosa si è fatto strada lentamente, man mano che si approfondiva lo studio delle proteiformi manifestazioni della sifilide e del suo ciclo morboso, e nuovi e potenti ausilî diagnostici, quali la reazione del Wassermann e le ricerche sperimentali sulla sifilide oculare, invadevano trionfalmente questo campo di lotta scientifica.

Presentemente la maggior parte degli autori riconosce che la causa di gran lunga più importante e frequente della cheratite parenchimatosa è rappresentata dalla sifilide ereditaria, e che, accanto a questa, ma a notevole distanza, seguono, nell'eziologia di tale entità morbosa, le affezioni seguenti: *tubercolosi, sifilide acquisita, lepra, malaria, influenza, uricemia, reumatismo, alterazioni dentarie, dismenorrea, traumi.*

Solo quest'ultima forma (*cheratite traumatica*) costituisce argomento della presente comunicazione.

Sull'influenza del trauma come elemento eziologico della cheratite parenchimatosa molto si è discusso, senza peraltro venire ad una conclusione ben definita ed accettata universalmente.

Le osservazioni di cheratite parenchimatosa di manifesta origine traumatica, registrate nella letteratura, sono rare, ed un certo numero di esse, tra le prime segnalate, è dovuto a Von Hippel ed alla sua scuola (Breuer e Brejski).

Il Dumont pure illustra due casi di cheratite parenchimatosa da lui osservati, nei quali un traumatismo sembrava essere il punto di partenza di una infiltrazione interstiziale della cornea.

Anche altri studiosi (come il Desvaux, in un malato che non presentava, a dire di questo autore, nessun sintoma di sifilide ereditaria od acquisita) asseriscono di aver riscontrato tale causa nella genesi della cheratite parenchimatosa.

Il Terrien, invece, la nega recisamente, ed il Fernandez dichiara di averla osservata in un solo caso ed in modo poco evidente.

Nelle osservazioni pubblicate da Valude, Albrand, Bronner ed Armaignac, l'elemento traumatico figura come causa occasionale, se non addirittura come una semplice accidentalità.

In Italia il Bietti ha comunicato tre osservazioni di cheratite parenchimatosa traumatica, in un solo dei quali l'infiltrazione corneale era costituita, come nella forma tipica, da minutissimi focolai in parte confluenti. Altri tre casi di cheratite parenchimatosa dovuti a causa traumatica furono nitidamente illustrati dal De Lieto-Vollaro: uno di essi presentava i caratteri della cheratite disciforme, e gli altri due l'aspetto ed il decorso d'una cheratite interstiziale atipica.

Nella maggior parte dei casi riferiti fu riscontrata quella varietà di cheratite interstiziale che è conosciuta sotto il nome di *cheratite disciforme del Fuchs*, o, comunque, qualche altra forma atipica, parziale, quasi sempre monoculare, di infiltrazione interstiziale della cornea; mai, invece, la *classica cheratite parenchimatosa diffusa, ordinariamente bilaterale, dall'evoluzione caratteristica attraverso la triplice fase di infiltrazione, vascolarizzazione, risoluzione, e con l'abituale corteo di note somatiche messe in rilievo da Hutchinson.*

Nè, d'altra parte, si deve ritenere che il trauma rappresenti l'elemento eziologico in tutti i casi di *cheratite disciforme* illustrati da Fuchs, Hippel, De Lieto Vollaro, Bietti, Pfister, Grunert, ecc.), essendo alcuni di essi dovuti a cause endogene (infettive) e manifestandosi talvolta in seguito ad erpete corneale.

L'asserzione che la cheratite parenchimatosa traumatica assume quasi costantemente una forma atipica armonizza perfettamente con i risultati delle ricerche sulla cheratite parenchimatosa sperimentale sia di origine traumatica sia di natura luetica, eseguite da Leber, Mellinger, Bärri, Haensell, Bertarelli, Bossa-

lino, Levaditi, Colombo ed altri numerosi sperimentatori.

Il Bossalino sintetizza i risultati delle sue diligenti ricerche in tal campo concludendo che « le opacità parenchimatose corneali che si ottengono sperimentalmente, col traumatizzare la cornea, non corrispondono al quadro clinico nè al concetto patologico della vera cheratite parenchimatosa, mentre le inoculazioni di sifilide umana nei conigli producono una vera e tipica forma di tale affezione ».

Tra i numerosi casi (oltre un centinaio) di cheratite parenchimatosa che ho avuto occasione di osservare nella Clinica Oculistica di Roma e negli Ospedali Militari di Roma, Firenze, Treviso e Mestre (dei quali casi non meno dell'80 % era dovuto sicuramente a sifilide ereditaria, con risultato positivo della reazione del Wassermann) due soli si potevano mettere in rapporto di causalità con lesioni traumatiche, ed in uno di essi il trauma rappresentava soltanto la causa occasionale trattandosi di individuo eredo-luetico, mentre nell'altro, che offriva il quadro clinico della *cheratite disciforme di Fuchs*, si riscontrava una piccola chiazza di disepitelizzazione al centro della cornea.

In entrambi i casi il decorso fu completamente diverso da quello della forma tipica di cheratite parenchimatosa diffusa (Hutchinsoniana). Ritengo non inutile illustrare sobriamente i due casi suddetti per poter trarre, anche da essi, oltre che da quelli riportati da altri autori, una conclusione, per quanto è possibile, esatta, sulla genesi della *cheratite parenchimatosa traumatica*.

OSSERVAZIONE I. — *Cheratite parenchimatosa circoscritta d'origine traumatica in eredo-luetico.* — 31 maggio 1920. G. Carlo, di anni 5 (N. 118568 del Reg. d'Ambulatorio). Padre affetto da lue, madre in apparenti buone condizioni di salute; ha, però, avuto un aborto.

Il bambino riportò tre giorni or sono un piccolo trauma all'occhio sinistro (fu colpito accidentalmente da un compagno con un dito) e, a quanto riferisce la madre, si lamentò, subito dopo, di dolore all'occhio stesso che appariva alquanto arrossato. Stamane la madre si è accorta che il bambino aveva l'occhio sinistro infiammato e con una lieve macchia grigiastra nel mezzo della cornea.

Esame obiettivo generale. — Di gracile costituzione organica ed oligoemico. Presenta bozze frontali sporgenti, glabella schiacciata, incisivi conici separati da diastemi, ictiosi.

Esame degli organi visivi. — O. D. Nessuna alterazione del segmento anteriore del bulbo oculare e degli annessi. Fondo normale. Visus $^{10}/_{10}$. O. S. Leggera, quasi impercettibile, iniezione pericheratica. Nella zona centrale della cornea si osserva una tenuissima infiltrazione nubecolare a margini vaporosi, situata nel parenchima della cornea, e al disopra della quale l'epitelio appare integro, lucente.

La sensibilità della cornea non presenta modificazioni rilevabili. Fondo normale. Visus (determinato mediante l'uso degli *uncini* per analfabeti) $^{6}/_{10}$.

Reazione di Wassermann: risultato positivo.

3 giugno. L'infiltrazione della cornea dell'O. S. è notevolmente ridotta.

19 giugno. L'infiltrazione s'è completamente riassorbita.

Ritengo questo caso non privo d'importanza perchè in esso, pur trattandosi di individuo predisposto, per sifilide ereditaria, ad essere colpito da cheratite parenchimatosa *hutchinsoniana*, il trauma ha determinato appena un intorbidamento interstiziale circoscritto e fugace, e perchè, inoltre, esso rappresenta solo una causa occasionale di cheratite parenchimatosa in eredo-luetico.

Tale osservazione può, infine, contribuire, per quanto debolmente, a risolvere la questione, assai controversa, dell'influenza del traumatismo nel determinare l'insorgere di una cheratite interstiziale in soggetto luetico; tanto più che le ricerche sperimentali su questo argomento, iniziate dal Colombo, hanno avuto finora un risultato negativo.

OSSERVAZIONE II. — *Cheratite disciforme di origine traumatica.* — B. Agata, di anni 40 (N. 118458 del Reg. d'Ambulatorio). Anamnesi famigliare e personale negativa in rapporto alla sifilide e ad altre malattie d'importanza. L'inferma riferisce che 15 giorni fa venne colpita all'occhio sinistro da un minutissimo frammento di terra, ed avvertì subito dopo un senso di puntura accompagnato da lacrimazione e fotofobia, a cui seguirono annebbiamento e graduale diminuzione della vista nell'occhio colpito.

Esame obiettivo generale. — Presenta robusta costituzione organica con sistemi scheletrico e muscolare bene sviluppati, e normale stato di nutrizione. Nessuna apprezzabile alterazione a carico degli organi toracici ed addominali.

Esame degli organi visivi. — O. D. normale. Visus $^{10}/_{10}$.

O. S. Vi è leggera iniezione del cerchio vasale pericheratico ed al centro della cornea si osserva un intorbidamento grigiastro localizzato nel parenchima corneale, di forma irregolarmente rotonda, circondato da un bordo d'infiltrazione più densa, che lo divide abbastanza nettamente dalla zona circostante, di trasparenza normale. Dall'orlo anulare si irradiano alcune strie biancastre situate più profondamente, che da vari autori furono interpretate come sottili pieghettature della membrana di Descemet, ma che, forse più esattamente, vanno considerate quali propagini dell'infiltrazione che si è insinuata negli interstizî degli strati profondi della cornea.

Esaminata con la *loupe* e con l'illuminazione focale, l'opacità risulta costituita di numerosi punti e chiazze di colorito biancastro che si addensano in corrispondenza del bordo. L'epitelio sovrastante è finemente punteggiato, insensibile, e mostra nel mezzo una piccola chiazza di disepitelizzazione. L'iride non presenta alterazioni. V ridotto ad 1/50. Reazioni di Wassermann e di Von Pirquet negative come pure l'analisi dell'urina.

Riosservata l'inferma dopo circa 3 mesi ho riscontrato che i sintomi infiammatorî erano completamente scomparsi, ma residuava una opacità piuttosto densa (macula) nel centro della cornea. Visus 1/50.

Questo caso è di notevole importanza perchè dimostra chiaramente che in esso l'elemento eziologico determinante è rappresentato dal trauma da cui fu prodotta la piccola perdita di sostanza epiteliale. Inoltre, per l'anamnesi e l'esame obiettivo, si poteva escludere l'esistenza dell'infezione luetica nell'inferma. Anche la reazione di Wassermann dette un risultato negativo.

Un secondo caso di cheratite disciforme che ebbi occasione di osservare nell'ambulatorio della Clinica qualche giorno innanzi, pur presentando i caratteri dell'affezione illustrata dal Fuchs, non aveva, però, alcun rapporto con una eventuale lesione traumatica pregressa, ma si era manifestata spontaneamente durante un'infezione febbrile (probabile influenza).

Lo riferisco schematicamente perchè dal confronto con l'altro caso nasce la convinzione che la cheratite disciforme non è sempre dovuta ad una causa ectogena (trauma) come propende a credere il Fuchs, e nemmeno dipende costantemente da una affezione endogena, come sostiene il Von Hippel, ma partecipa ora dell'una ora dell'altra eziologia.

OSSERVAZIONE III. — *Cheratite disciforme di origine endogena.* — M. Giovanni, di anni 50, di Roma (N. 118458 del Reg. d'Ambulatorio). È ammogliato da varî anni. La moglie è in buone condizioni di salute e non ha avuto mai aborti. Anche le due figlie godono buona salute. L'infermo asserisce di essere stato affetto molti anni fa da uretrite blenorragica seguita da orchite, ma di essere rimasto immune da contagio luetico. Due mesi or sono fu colpito da febbre influenzale e subito dopo cominciò ad avvertire lacrimazione e progressiva diminuzione del potere visivo nell'occhio sinistro.

Esame obiettivo generale. — Buona costituzione organica. Nessuna apprezzabile alterazione a carico del sistema glandolare e degli organi interni.

Esame degli organi visivi. — Come nel caso precedente, si riscontra nell'occhio sinistro del malato il quadro caratteristico della cheratite disciforme di Fuchs; manca, però, la piccola stria di disepitelizzazione. Visus $^{1}/_{..}$.

O. D. normale con visus $^{10}/_{..}$.

Reazione del Wassermann negativa.

Cutireazione alla tubercolina (Von Pirquet): negativa.

Analisi dell'urina: albumina e glucosio assenti; non presenza di acido urico in eccesso.

Dopo poco più di 2 mesi residuava una macchia centrale della cornea.

O. S. Visus $^{2}/_{10}$.

Dall'esame critico delle osservazioni — personali e di altri autori — riportate, e dall'interpretazione dei risultati di moderne conquiste diagnostiche (quali la reazione del Wassermann e le ricerche sperimentali sulla cheratite interstiziale) si è autorizzati a trarre alcune limpide conclusioni sull'influenza del trauma nella eziologia della cheratite parenchimatosa:

1° *Nella forma tipica* (*hutchinsoniana*) della suddetta malattia, la lesione traumatica non costituisce mai l'elemento eziologico *determinante*. Non escludo *a priori* che essa possa intervenire, in casi rarissimi, come causa occasionale di tale processo morboso; confesso, però, di non aver avuto mai occasione di riscontrarla in un centinaio di casi di cheratite parenchimatosa accuratamente seguiti, e di non averla nemmeno veduta menzionare nelle più note osservazioni cliniche di cheratite interstiziale traumatica acquisite alla letteratura oftalmologica, ad eccezione, forse, di un caso, riferito dall'Armaignac, nel quale il processo di cheratite, insorto in un occhio dopo un trauma, fu seguito da analoghe manifestazioni nell'altro occhio con un intervallo di 7 settimane. Ed aggiungo che il Bietti, il quale riporta sinteticamente questo caso clinico, ritiene che in esso il trauma rappresenti una « pura accidentalità ».

2° *Nelle forme atipiche* di cheratite parenchimatosa il trauma può, invece, costituire la causa determinante, come in varî casi di cheratite disciforme ed in altri di cheratite interstiziale circoscritta ed unilaterale. Esso, infine, può — quale elemento eziologico occasionale — provocare l'insorgere di una atipica cheratite interstiziale in soggetto luetico come nell'esempio precedentemente illustrato.

Mi auguro che queste obiettive conclusioni possano servire di base per un giudizio medico-legale, poichè è sul robusto ramo della clinica che occorre innestare, con sicura fiducia, il fresco virgulto della giovane dottrina « *infortunistica* ».

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Sulla estrazione di taluni corpi estranei dall'esofago e dalle vie aeree

per il dott. ERNESTO CAVAZZA
libero docente di patologia speciale medica
nella R. Università di Modena.

La pratica della endoscopia diretta delle vie digerenti e respiratorie, sopratutto dopo gli odierni perfezionamenti dello istrumentario ad essa destinato, permette oggidì, non di rado anche in modo abbastanza agevole, l'estrazione di corpi estranei che pel passato avrebbero richiesto, se pur possibili, interventi operativi di estrema gravità e di incerto risultato. Da ciò consegue come la prognosi, in questi pericolosi accidenti, è oggidì molto meno sfavorevole di quanto lo fosse prima dei recenti progressi della endoscopia diretta.

Tuttavia chi si accinga alla estrazione dei corpi estranei dall'esofago, dalla trachea e dai grossi bronchi, si rende ben presto conto della particolare difficoltà che tali manovre presentano in certi casi speciali. E per quanto la tecnica operativa sia resa meno ardua e malfida, dacchè alla maggior parte dei corpi estranei corrispondono istrumenti speciali, ciononostante assai spesso sorgono difficoltà improvvise e talora imprevedibili, che piccoli artifici tecnici permettono, lì per lì, non di rado di sormontare.

Può dirsi ormai che per i corpi estranei che più di frequente sogliono cadere nell'esofago od in trachea esistono strumenti, alcuni dei quali costituiscono addirittura dei piccoli capolavori di arte meccanica, che facilitano la estrazione, sia modificando la posizione dei corpi estranei (come per gli aghi o gli spilli) sia incappucciandone le parti acuminate e sporgenti o deflettendone gli uncini (come nel caso delle dentiere), sia frammentando il corpo estraneo per permetterne una più agevole estrazione a varie riprese.

Basti ricordare, a mo' d'esempio, l'uso dell'elettrocalamita per oggetti di ferro o di acciaio, l'uso dell'ansa galvanica per sezionare le parti in *caoutchouc* delle dentiere; il *morceleur* di Collin per spezzare le scheggie ossee; i tubi dilatatori ad estremità bivalve di Guisez per l'estrazione di corpi aventi uncini o sporgenze acuminate; lo strumento, pure costruito da Collin, per l'estrazione degli spilli da balia e la numerosa serie di apparecchi costruiti dalla casa Fischer di Freiburg (Baden). Fra questi ultimi ricorderemo gli istrumenti per l'estrazione di aghi e di spilli, per l'estrazione di bottoncini da colletto, le pinze a prese intercambiabili a seconda del genere di corpi che si debbono afferrare, la pinza saggia-tumori, la morsa per deflettere gli uncini delle dentiere od altre parti acuminate, la pinza divaricatrice per estrarre oggetti perforati, come, ad es., i rocchetti, ecc., ecc.

Eppure, disgraziatamente, fra i corpi estranei che sogliono presentare una maggiore difficoltà ad essere estratti, ve ne sono proprio alcuni di quelli che più di frequente capitano all'osservazione del medico, essendo di uso comune e costituendo passatempi abituali per i bambini: alludo alle monete, gettoni ed altri oggetti di forma discoidale, che penetrano tanto spesso nell'esofago, ed ai semi di leguminose (fagioli, ceci, piselli, ecc.) che con relativa frequenza cadono nelle vie respiratorie.

Per quanto riguarda i corpi discoidali che penetrano nell'esofago, ed in particolare le monete, che sono indiscutibilmente le più frequenti, Guisez, tenendo conto della difficoltà enorme in certi casi di estrarre « alla cieca » tali oggetti col panierino di Graefe e della frequenza degli accidenti immediati e remoti che a tale metodo di estrazione conseguono (ulcerazioni e persino rotture della parete esofagea, infissione del paniere di Graefe nelle pareti, dalle quali non ha più potuto essere tolto, ecc.), ritiene che tale metodo debba essere assolutamente scartato. L'uncino di Kirmisson, per quanto assai meno pericoloso, fallisce assai spesso allo scopo: tanto è vero che Martin, sopra 157 tentativi di estrazione, ha avuto 127 insuccessi, dovuti per lo più, come si comprende facilmente, al fatto che quando il corpo estraneo trovasi accollato alla parete posteriore dell'esofago, l'uncino vi passa al davanti scivolandovi sopra. D'altra parte l'uso dell'uncino di Kirmisson è assolutamente controindicato quando, dopo un soggiorno più o meno lungo della moneta, vi sia motivo di sospettare lesioni esofagee.

Per quanto riguarda la propulsione dei corpi estranei sospingendoli nello stomaco, essa non deve essere fatta che nei casi di bolo alimentare voluminoso e sempre previa cocainizzazione per vincere lo spasmo esofageo che sempre accompagna tale ritenzione, come ha suggerito Sargnon; ma deve essere assolutamente esclusa nei casi di corpi estranei rigidi e sopratutto di forma irregolare. Basti ricordare che sopra 22 casi di propulsione Martin ha rilevato 8 casi di morte, dovuti a lesioni esofagee o addominali consecutive.

Quanto alla esofagotomia ed alla gastrotomia, che costituiscono già di per sè atti operativi gravi (Lejars), si può dire che deb-

bano considerarsi oggidì non operazioni di elezione, ma soltanto interventi di necessità.

Da tutto ciò Guisez trae la conclusione che l'estrazione esofagoscopica sia in ogni caso l'intervento da preferirsi.

Io non condivido pienamente tale opinione, secondo me troppo esclusivista. Mentre l'estrazione di corpi estranei acuminati, di forma irregolare o di volume rilevante, viene sempre da me eseguita mediante l'esofagoscopia, debbo dire che, nel caso di corpi discoidali, essa costituisce l'intervento eccezionale, che pratico soltanto nei casi in cui il lungo soggiorno del corpo estraneo nell'esofago mi faccia sospettare lesioni della mucosa esofagea.

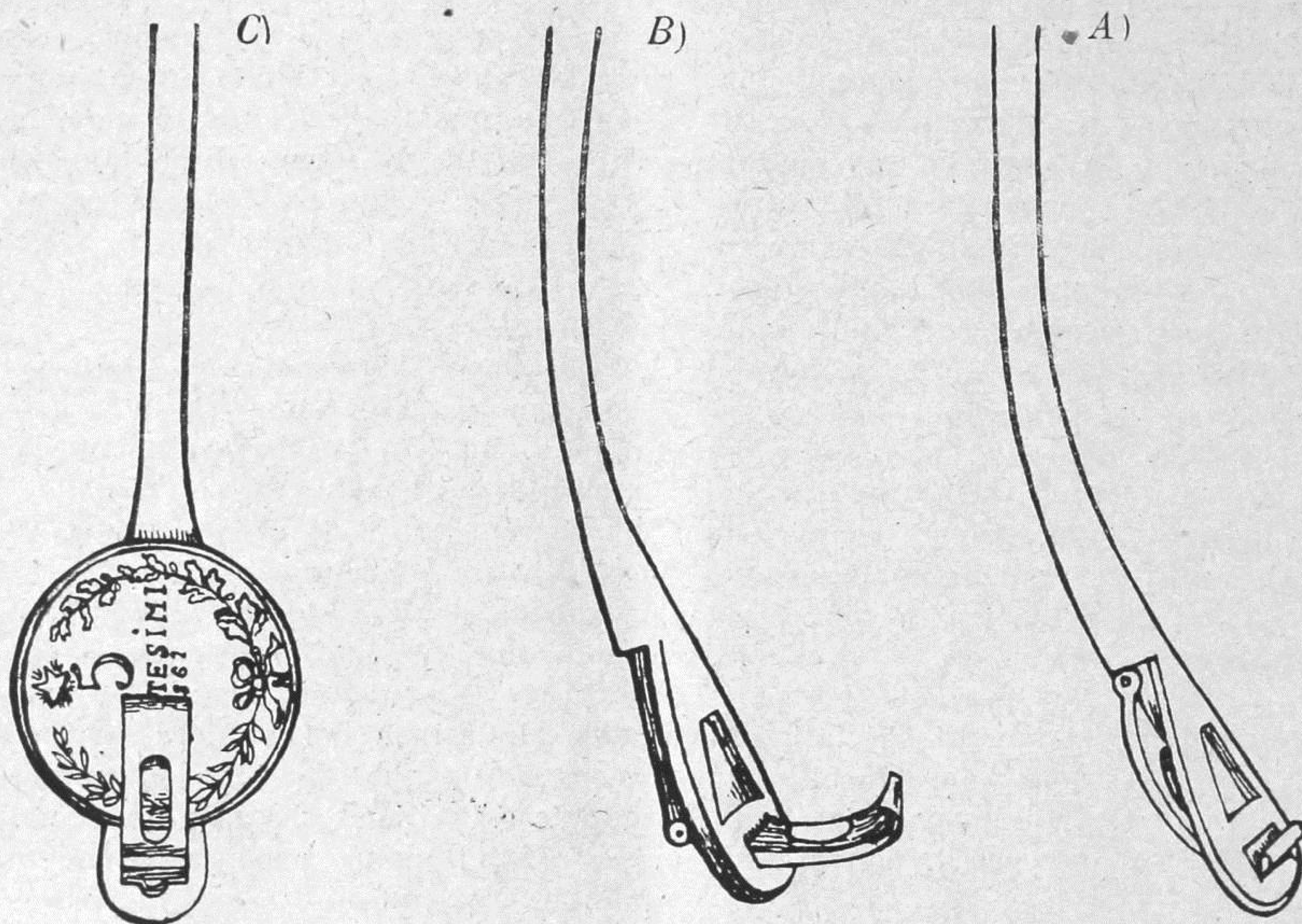


Fig. 1. — Uncino articolato per l'estrazione dei corpi discoidali dall'esofago: *A*) all'atto dell'introduzione — *B*) durante la deflessione dell'uncino — *C*) ad uncino chiuso dopo avere afferrato il corpo discoidale.

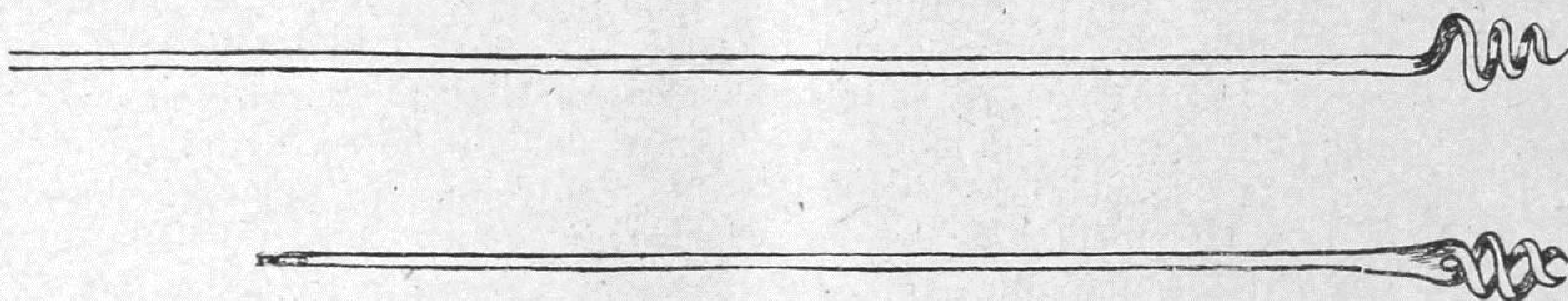


Fig. 2. — Uncini a spirale doppia e semplice per l'estrazione dei semi di leguminose dalle vie aeree.

***

L'estrazione dei corpi discoidali, ed in particolar modo di quelli opachi ai raggi X, viene da me costantemente eseguita mediante un istrumento che dal 1913 ad oggi mi ha permesso di abolire completamente il panierino di Graefe, l'uncino di Kirmisson e persino — per questi casi speciali, ma pur così frequenti — i tubi esofagoscopici. Ad un tale istrumento ho di recente apportato talune modificazioni, per cui credo non sia privo di qualche interesse farlo conoscere anche al di fuori della ristretta cerchia di coloro che lo hanno visto adoperare praticamente. Tale apparecchio colle ulteriori modificazioni è stato costruito, al principio di quest'anno, dalla Casa specialista F. L. Fischer di Freiburg (Baden) e coll'uso di tale istrumento (come del resto anche col modello primitivo usato in precedenza) non ho a lamentare alcun caso di insuccesso della manovra o di incidenti postoperatorii. Lo strumento è costruito in due tipi, che non differiscono altro che per la lunghezza: il più corto ha una lunghezza utilizzabile di circa 25 cm. dall'arcata dentaria ed è destinato ai bambini in ogni caso, ovvero agli adulti solo allorquando

il corpo estraneo si arresta nel terzo superiore dell'esofago; il più lungo ha una lunghezza utilizzabile di circa 45 cm., ed è destinato agli adulti quando il corpo estraneo risiede nel terzo medio od inferiore dell'esofago. Lo strumento consiste in un uncino articolato, il quale, mentre all'atto dell'introduzione trovasi accollato parallelamente e posteriormente all'asta di sostegno, con una semplice pressione del dito pollice, viene spinto in fuori e dopo aver compiuto circa un semicerchio viene ad addossarsi alla faccia anteriore e concava dello strumento, dopo avere abbracciato il corpo estraneo.

La figura 1 rappresenta appunto il funzionamento dell'uncino articolato nelle diverse fasi della manovra.

La estrazione viene fatta, in generale, sotto la guida e il controllo della radioscopia: determinata con essa la posizione del corpo estraneo nell' esofago, si introduce lo istrumento colla concavità rivolta verso la base della lingua e si fa scendere lungo l'esofago fino a che l'estremità terminale dello istrumento sia giunta al di dietro e qualche millimetro al di sotto del corpo estraneo: in tale momento si preme sull'anello che costituisce il manico dell'istrumento: con tale manovra l'uncino fuoriesce dall'istrumento ed abbraccia dal basso in alto il corpo estraneo, che viene estratto colla massima facilità.

La presenza di due fori corrispondenti fra di loro, l'uno dei quali trovasi nell'estremità terminale dello strumento e l'altro nell'uncino stesso, permette sempre di assicurarsi che l'uncino trovisi nella sua giusta posizione prima che sia fatto scattare e nel tempo stesso l'assoluta mancanza di qualsiasi parte tagliente o acuminata nell'apparecchio dà la certezza che non si produca la benchè minima lesione all'esofago. Il corpo estraneo, una volta afferrato, non può più uscire dall'uncino, perchè esso lo avvolge inferiormente e lo tiene stretto contro l'asta rigida dell'istrumento, mentre le pareti stesse dell'esofago gli impediscono di uscire dai lati. La radioscopia, eseguita sul paziente dapprima in posizione frontale e successivamente in posizione più o meno lateralizzata, permette di seguire in ogni momento la manovra e di rendersi esatto conto della posizione reciproca del corpo estraneo e dell'istrumento.

Se lo istrumento in parola trova la sua più frequente e particolare indicazione nella estrazione delle monete, esso può essere utilissimo per estrarre i corpi estranei discoidali in genere: così ho con esso potuto estrarre bottoni di varia forma e grandezza, piombi da abiti, una grossa medaglia, ecc. Ed anche quando il corpo estraneo, come nel caso di taluni bottoni, sia trasparente, o quasi, ai raggi X, la estrazione può farsi con facilità, mettendo prima in evidenza il corpo estraneo con una densa pappa bismutata, tanto più che alcune particelle di essa vi aderiscono per qualche tempo. Uno dei servigi più apprezzabili che lo strumento indicato può rendere è quello di permettere l'estrazione di corpi estranei di spessore rilevante, tale cioè che non gli permetterebbe di entrare nel pericoloso panierino di Graefe e tanto meno nell'uncino di Kirmisson. L'uncino da me ideato, infatti, può afferrare anche corpi estranei di parecchi millimetri ed anche di 1 cm. di spessore.

***

Fra i corpi estranei che più di frequente penetrano in trachea o nei grossi bronchi debbono certo annoverarsi i semi di leguminose (fagioli, ceci, lupini e simili).

Orbene, essi presentano una particolare difficoltà ad essere estratti, non solo perchè, idratandosi rapidamente, si rigonfiano tappando ermeticamente un grosso bronco, ma anche e sopratutto perchè, una volta che si sono rammolliti, divengono fragilissimi e si frammentano anche sotto la pressione delle pinze più delicate Appunto in seguito a tali difficoltà, incontrate recentemente nella estrazione di un fagiolo in una bambina di 30 mesi, eseguita col prof. Martinelli nell'Ospedale civico di Persiceto, nel qual caso l'estrazione (eseguita previa tracheotomia) procedette lentissima a causa della frammentazione del corpo estraneo in 7 od 8 pezzetti che dovettero essere estratti uno alla volta; ho ideato un piccolo istrumento che ritengo destinato a facilitare e ad abbreviare assai l'atto operativo.

Trattasi di un filo di acciaio, la cui estremità è avvolta a guisa di cavaturaccioli e termina con una punta molto acuminata. Le anse sono disposte in modo, rispetto alla parte del filo di acciaio che serve da manico, da permettere di vedere bene la punta e di assicurarsi così che essa venga infissa al centro del corpo estraneo. Introdotta la punta al centro del fagiolo od altro seme di leguminosa, si imprime un movimento di rotazione accompagnato da una lieve pressione all'istrumento, il quale penetra così con due o tre spire nel corpo estraneo senza produrvi altra lesione della buccia che un piccolo foro di diametro corrispondente a quello del filo di acciaio: per tal modo, esercitandosi la trazione sopra una vasta zona, corrispondente alla superficie delle varie spire, il corpo estraneo può essere estratto senza rompersi.

Analoga disposizione hanno le due spirali parallele rappresentate nella fig. 2, le quali esercitano naturalmente una trazione ancora maggiore sul seme vegetale che si deve estrarre.

Naturalmente di questo semplicissimo istrumento è bene possederne una piccola serie di 4 o 5 esemplari nei quali la parte avvolta a spirale sia di diametro più o meno largo, in modo da essere adatta, da un lato al volume del corpo estraneo che deve estrarsi e dall'altro al calibro del tubo entro cui si opera; così pure la lunghezza della parte di filo destinata a manico sarà proporzionata alla lunghezza del tubo endoscopico.

Anche i due uncini a spirale descritti sono stati fabbricati dalla Ditta F. L. Fischer di Freiburg.

LETTERATURA.

J. GUISEZ. *Traité des maladies de l'œsophage.* — Paris, Baillière, 1911.
E. CAVAZZA. *L'endoscopia del sistema digerente.* — Bologna, N. Zanichelli, 1912.
L. SENCERT. *La chirurgie de l'œsophage thoracique et abdominal.* Paris, Maloine, 1904.
M. GANGOLPHE. *Maladies de l'œsophage.* Paris, Baillière 1908.
E. ROQUE et G. GALLIARD. *Malattie della bocca, del faringe e dell'esofago.* (Traduzione ital. di L. Datta). — Un. Tip. Ed. Torinese, 1907.
MARTIN. *Des corps étrangers et de leur traitement.* Thèse de Paris, 1868.
LEJARS. *Chirurgie d'urgence.* — Paris, Masson, 1900.

COMMENTI.

La cura delle tubercolosi chirurgiche sulle spiagge.

Chiarissimo sig. Direttore,

Ho letto nel n. 51 (20 dicembre, pag. 1484) del *Policlinico*, Sezione pratica, l'interessante corrispondenza del dott. A. Maffi, da Berck, nella quale il Collega, parlando di quel grandioso «Hôpital Maritime» e dei resultati eccellenti che colà si ottengono nel trattamento e nella cura dei mille e mille casi di tubercolosi chirurgica che annualmente vi affluiscono da ogni parte della Francia, formula l'augurio che anche da noi sorgano istituti similari sulle nostre spiagge.

Ognuno, che abbia a cuore il progresso della scienza e dell'arte medico-chirurgica del nostro Paese, non potrà non far proprio il voto del dott. Maffi e non condividerne appieno l'opinione, secondo la quale «la tubercolosi chirurgica non si deve più da qui innanzi curare «nelle sale comuni degli ospedali», sicchè tutti dobbiamo desiderare che si moltiplichino sulle nostre spiagge gli appositi ospedali marini.

È però doveroso riconoscere che i discendenti del grande Barellai, di chi, cioè, fondò il primo Ospizio marino per la cura della tubercolosi nei giovani, qualche cosa hanno sempre fatto in questo campo di attività medica, e che anzi fra le opere del nostro attuale travagliato «dopo-guerra» non ultimo posto spetta alle cure speciali che Enti pubblici e privati volgono alla creazione ed al completamento di nuovi o rinnovati Ospizi di tal genere.

E per quanto riguarda la città di Pisa mi piace ricordare che da un anno, per saggia deliberazione del suo Consiglio di amministrazione, si è permanentemente riaperto l'antico Ospizio Marino di Bocca d'Arno, attrezzato a moderno e completo ospedale chirurgico e specializzato appunto non solo nella profilassi, come aveva fatto fino ad ora, ma sopratutto nella cura delle tubercolosi chirurgiche dei bambini e giovinetti. Per tacere di tante altre iniziative similari (Rimini, Anzio, Ladispoli, ecc. ecc.), ricorderò poi quello che in questo campo sta da tanti anni facendo in Genova e nella Liguria il prof. Poli, e quanto da par suo ha organizzato in Napoli il sen. Pascale: nella *Riforma Medica* del decorso anno sono comparsi appunto diversi articoli al proposito, che dicono ciò che si è fatto e si fa anche da noi.

Non ho con queste righe minimamente in animo di muover critica al dott. Maffi, perchè nel suo articolo non abbia fatta parola di tali iniziative italiane e di tali nostri istituti, che davvero non possono, per ora, gareggiar neppur da lontano con quello di Berck. Le scrivo invece per auspicare ad un sempre maggior risveglio delle energie del nostro Paese in questo campo, e per ricordare ai lettori del *Policlinico* l'esistenza, già bene affermatasi, di tali nostri ospedali marini, verso i quali dovrebbero esser per regola indirizzati i bambini ed i giovinetti affetti da forme di tubercolosi chirurgica, colla certezza di affrettarne, assicurarne meglio e renderne più semplice la guarigione e meno dispendiosa la cura.

L'Ospizio Marino di Bocca d'Arno, ad es., ha una considerevole disponibilità di postiletto che offre agli infermi considerati; ed io, che ne sono il direttore, mi tengo a disposizione dei Colleghi che volessero interpellarmi per notizie e schiarimenti sul ricovero in parola.

Grato dell'ospitalità che Ella, sig. Direttore, vorrà concedere a questa mia, colgo volentieri l'occasione per riverirla distintamente.

Pisa, 15 gennaio 1921.

Di Lei devotissimo
Prof. GUIDO FERRARINI.

Il cateterismo nei prostatici.

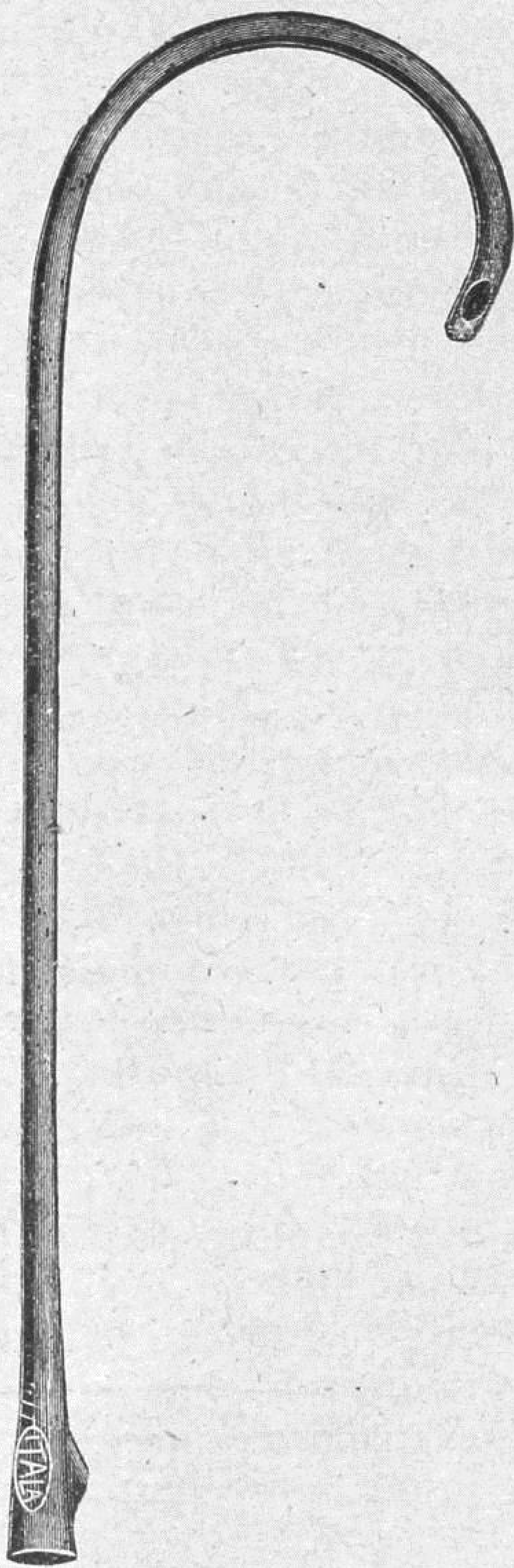
A proposito di una nota del dott. Tilli.

Con la sua nota inserita nella Sezione pratica del *Policlinico* del 13 dicembre 1920, il dott. Tilli, a facilitare il cateterismo d'urgenza nei prostatici, propone un metodo di cui gli sarebbe venuta l'idea nell'occasione di un caso difficile, dopo aver tentato invano i soliti mezzi. E il nuovo metodo consisterebbe nell'introdurre un catetere Nélaton fin contro l'ostacolo prostatico, nell'infilare entro il catetere stesso un mandrino metallico (non so perchè il dottor Tilli dica un mandrino d'argento) e, giunto questo a livello della prostata, nel tenerlo ben fermo con una mano, mentre con l'altra si spinge in vescica il catetere. E il dott. Tilli, dopo aver rilevata la facilità sorprendente con cui si riesce, così, a compiere il cateterismo, si prende la briga di spiegarne le ragioni.

Ora, per la pratica (ahimè già quinquilustre...) che ho del cateterismo, mi consenta il dott. Tilli che io gli osservi alcune cose, nell'interesse dei medici pratici che avessero letto il suo articolo, e dei loro malati.

Anzitutto il metodo che egli propone non è altro che il vecchio metodo del cateterismo su grande mandrino del Guyon, descritto in tutti i trattati d'urologia e in molti di chirurgia generale, e destinato a quei casi di ipertrofia prostatica — rari in verità — in cui il catetere flessibile, di tessuto gommato foggiato ad angolo (la vecchia *bequille* dei francesi) non basti alla bisogna.

In secondo luogo anche questo metodo che i francesi chiamano appunto *manœuvre sur mandrin*, ha ormai ceduto completamente il posto al catetere flessibile *a grande curva* (vedi figura) pur esso di tessuto gommato. Io non rammento un caso — neppure fra quelli più



gravi nei quali venni chiamato a provvedere d'urgenza dopo inutili tentativi da parte del medico curante — in cui io non sia riuscito a raggiungere la vescica con un semplice catetere ad angolo o, anche meglio, a grande curva, salvo aiutarne la progressione nell'uretra prostatica, con un dito introdotto nel retto.

Comunque, là dove il catetere a grande curva, opportunamente maneggiato (soprattutto nel senso di mantenerne la curva ben rivolta in alto) ed eventualmente aiutato dall'accennata manovra del dito nel retto, non riuscisse a superare la prostata, là appunto — me lo creda

il dott. Tilli — l'uso di un mandrino metallico nelle mani del medico pratico non educate a quelle sensazioni tattili del cateterismo che si acquistano solo col lungo uso e sono la condizione prima del successo, rappresenta un non piccolo pericolo di false strade: nè la possibilità certo innegabile di qualche successo anche per tale via, può giustificarne l'uso sistematico.

Il catetere flessibile a grande curva, maneggiato come s'è detto, riunisce appunto in sè i due vantaggi fondamentali che il dott. Tilli crede riservati al suo catetere Nélaton su mandrino, che è quanto dire alla notissima manovra su mandrino; e cioè:

1° di presentarsi all'ostacolo prostatico con la punta già rivolta in alto contro la parete anteriore dell'uretra, e quindi in posizione tale da imboccare sicuramente la curva — per quanto accentuata — dell'uretra prostatica;

2° di adattarsi, mercè la propria flessibilità, a tale curva, anche se deformata dall'adenoma. E ciò con l'innegabile superiorità di evitare i pericoli che il dott. Tilli non può non ammettere nell'uso dei mandrini metallici precisamente in questi casi. In ogni modo riconoscerà il dott. Tilli che, quando si voglia proprio ricorrere al mandrino, assai meglio del catetere Nélaton, sarebbe a consigliarsi il catetere tessuto, ad angolo, secondo l'antica manovra, sia perchè esso scorre assai più facilmente lungo l'uretra e sul mandrino stesso, sia perchè il becco terminale, piegato all'insù, assicura anche meglio la direzione voluta.

Mi sono permesso queste osservazioni, perchè la proposta del dott. Tilli e il non avere egli menomamente accennato ai cateteri a grande curva e neppure a quelli ad angolo, potrebbero essere una prova di quanto io ho qualche volta lamentato, e cioè che l'uso di questi preziosi strumenti urologici, non ha ancora, nella pratica corrente, il posto che si merita.

Dott. G. B. SIGURTÀ
libero docente d'urologia a Pavia ed a Milano.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Il contributo italiano alla chirurgia del cuore e dei grossi vasi.

(R. ALESSANDRI. *C. R. Vᵉ Congrès Soc. Internat. de Chirurgie*, Bruxelles, 1920).

L'autore accenna dapprima alla *chirurgia del pericardio* elencando i diversi interventi che si usano nei versamenti sierosi del pericardio, e cioè: la pericardiocentesi, eseguita generalmente secondo la tecnica di Marfan o, preferibilmente, in casi di versamenti cospicui, nel punto indicato da Baccelli; la pericardiotomia alla Larrey; la pericardiostomia alla Von Eiselsberg, perfezionata dal Rehn (poco usata); la pericardiostomia sottocutanea secondo il Gorse o secondo lo Jacob; la pericardiocelostomia secondo il Souligoux; la pericardiopleurostomia secondo il Läwen.

Nella sinfisi pericardica i processi usati sono: la semplice pericardiostomia e sezione delle aderenze, secondo il Weil; la vera decorticazione, secondo il Delorme; la toracolisi propericardica, secondo il Brauer (di pratica applicazione).

Eccezionali sono gli interventi di pericardiostomia e di pericardioplastica.

Quanto alle ferite del pericardio, la tecnica ad esse relativa, dice l'autore, è ormai fissata, nè ai nostri giorni ha più ragione di essere discussa la questione a lungo dibattuta se, negli interventi per ferite del pericardio, si debba suturare completamente o drenare, comprendendosi facilmente quali siano le indicazioni per l'uno e per l'altro metodo.

Le ferite da taglio del pericardio sono le più comuni nella chirurgia civile; quelle d'arma da fuoco hanno dato una discreta casistica nella recente guerra. E anche in Italia sono stati illustrati casi interessanti di inclusione del proiettile nel foglietto parietale del pericardio o nel cavo di questo, senza lesione del cuore. Due casi vennero operati con successo (De Nicola, Di Giacomo). Dai lavori pubblicati dal Guarini, dall'Infante, dal Saraceni risulta la grande resistenza che il pericardio offre alla forza viva del proiettile, cosicchè è possibile da un lato vedere il proiettile arrestarsi sulla superficie esterna del pericardio, dall'altro avere casi di ferite del cuore senza lesione del pericardio.

Molti studî sono stati fatti sulla chirurgia del pericardio e si è concluso per la facile produzione di aderenze fra epicardio e pericardio nelle escissioni parziali e per la mancanza di

aderenze fra il cuore e gli organi e tessuti vicini nelle escissioni totali. Le alterazioni funzionali del cuore che seguono a tali demolizioni sembrano compatibili con la vita.

Chirurgia del cuore. — L'autore si sofferma lungamente sulla storia della chirurgia del cuore, facendo risultare come i primi tentativi e i primi trionfi spettino quasi esclusivamente a chirurgi italiani. Riporta poi la statistica italiana, nella quale figurano 93 casi. Dall'esame di questi l'A. deduce alcune considerazioni interessanti, e cioè:

Predominanza delle ferite dei ventricoli, di fronte a quelle degli atrii.

Equilibrio fra il numero delle ferite dell'uno e dell'altro ventricolo e tra quelle dell'uno e dell'altro atrio.

Lieve differenza, riguardo alla percentuale di guarigione, nelle ferite dei due ventricoli e dell'atrio destro.

Notevole benignità delle ferite dell'atrio sinistro (a tale proposito però l'A. nota che le ferite dell'atrio sinistro che possono giungere al soccorso chirurgico sono probabilmente solo quelle relativamente benigne).

Mortalità generale circa del 32,25 %.

Quanto alla tecnica, quasi tutti i chirurgi moderni preferiscono semplici incisioni toracotomiche di accesso al cuore, usando opportuni divaricatori e, al massimo, ricorrendo anche a recisioni sottocutanee delle cartilagini costali sopra-e sottostanti. Ma in passato ebbero grande voga le incisioni a sportello, a lembo.

Von Sacken dà grande importanza all'uso delle camere a iper o ipopressione o degli apparecchi appositi che le sostituiscono (apparecchi alla Schoemaker), e ciò sia per la frequente coesistenza di una lesione traumatica della pleura sinistra, sia per la facilità di ledere tale pleura durante l'intervento. Secondo Alessandri i feriti del cuore trarrebbero grande vantaggio dalla respirazione alla Auer-Meltzer.

Presenza di corpi estranei nel cuore. — L'A. accenna alla letteratura esistente su tale argomento, che è stato svolto in modo ormai quasi completo da chirurgi e radiologi francesi. In Italia non si è finora avuto nessun caso nel quale si sia ritenuto opportuno l'intervento chirurgico: però vi è stato largo contributo di osservazioni cliniche e radiologiche e di studi sperimentali.

I corpi estranei possono appartenere a tre categorie principali: *a*) aghi o spilli; *b*) proiettili d'arma da fuoco; *c*) corpi vari (schegge di legno, punte metalliche, ecc.), e possono pervenire al cuore per tre vie: *a*) direttamente dalla ferita esterna; *b*) indirettamente, migrando a poco a poco nel cuore da territori vicini; *c*) indirettamente, giungendovi per via embolica lungo i grossi vasi del peduncolo.

L'A. riporta la statistica italiana, nella quale i corpi estranei sono rappresentati da proiettili d'arma da fuoco. Si tratta di 28 casi, dei quali 13 parietali e 15 cavitari: i cavitari comprendono 4 proiettili fissi e 11 liberi.

I parietali sono quasi tutti a carico dei ventricoli e preponderano nel v. sinistro .

I proiettili fissati nel miocardio atriale hanno opposto comportamento.

I proiettili cavitari sono localizzati a preferenza nei ventricoli anzichè negli atrii.

Esaminando la natura dei proiettili risulta la facilità con la quale si soffermano nel cuore i proiettili di artiglieria. I proiettili pervenuti direttamente sono per lo più parietali. Quanto alle altre eventualità di arrivo, una sola non è rappresentata in questi casi: la lenta migrazione da punti vicini. Quando il proiettile giunse direttamente al cuore, la ferita di ingresso risiedette per lo più nella regione toracica: solo in un caso trovavasi in un punto assai lontano (due dita sotto la cresta iliaca destra).

Sei casi appartengono a proiettili giunti per via embolica: nessuno di questi arrivò nell'atrio sinistro. All'atrio destro possono giungere dalla cava superiore (nessun caso) o dalla cava inferiore. Al ventricolo destro possono giungere per la stessa via: in due casi i proiettili si comportarono come emboli retrogradi pervenendo al ventricolo destro dall'arteria polmonare.

Quanto al destino di questi proiettili nel cuore, possiamo dire che i parietali rimangono *in situ* fino a che non vengono asportati. Clinicamente, nei casi riportati, si manifestò sempre una tolleranza quasi perfetta, tanto che non si ritenne opportuno l'intervento. Non si può però escludere che la presenza di tali proiettili parietali possa determinare fatti di miocardite cronica o di suppurazione localizzata del miocardio o del pericardio, ovvero possa essere il *primum movens* di un aneurisma del cuore.

I proiettili cavitari possono rendersi fissi dopo un tempo più o meno lungo, oppure possono, sia mantenendosi liberi nel cuore, sia migrando nel circolo sanguigno, dar luogo ad accidenti gravi.

In due casi si ebbe la fissazione secondaria di proiettili cavitari, e tale processo fu in caso apprezzato in modo netto sia clinicamente, sia radiologicamente. Se i proiettili rimangono liberi possono venire ben tollerati (4 casi), ovvero possono dar luogo a forti dolori precordiali, a crisi dispnoiche, o vertigini, ecc. Ma il pericolo immanente è la migrazione del proiettile per l'albero circolatorio.

L'A. accenna poi ad un altro argomento che si riconnette con quello delle ferite del cuore: la rianimazione di un cuore che abbia cessato di pulsare, caso che interviene frequentemente negli interventi per un trauma che ne leda le pareti.

Seguendo la classificazione di Mocquot, distingue i mezzi di rianimazione del cuore in semplici, complessi e misti, comprendendo nei primi la elettrizzazione semplice del cuore e la puntura evacuativa del cuore destro; nei complessi le compressioni ritmiche, il massaggio diretto del cuore e le iniezioni endovasali e intracardiache; nei misti, l'uso contemporaneo delle compressioni ritmiche e delle iniezioni endovasali.

L'A. rifiuta i mezzi semplici perchè perfettamente inutili: utili possono essere il massaggio diretto (per via transtoracica, transdiaframmatica, intraperitoneale o extraperitoneale, a seconda delle varie circostanze di intervento) e le iniezioni endovasali, specie sotto la forma di iniezioni endoarteriose alla Spina, cioè in direzione del cuore, per le carotidi, in modo da penetrare nei vasi coronarî.

Il migliore coadiuvante del massaggio cardiaco è forse rappresentato dalle iniezioni di sostanze eccitanti del miocardio o nello spessore del miocardio stesso, o nelle cavità del cuore, o nel cavo pericardico.

L'A. ricorda poi le ricerche sperimentali fatte circa la legatura separata o simultanea delle vene e delle arterie coronarie del cuore.

Riporta, dopo avere accennato alle altre, le conclusioni cui giunse a tale proposito il Dominici negli studi da lui fatti nel 1914. Questi, dopo molti esperimenti e dopo qualche osservazione clinica di lesione accidentale dei v. coronarî, ha concluso che la legatura di questi vasi dà risultati varî secondo che vengano lese le vene o le arterie, e in questo o in quel punto. Se la legatura capita sui rami collaterali ventricolari superficiali della coronaria sinistra, essa è pressochè innocua. La legatura del ramo circonflesso di sinistra è più grave per le alterazioni del miocardio che determina.

La legatura del tratto discendente interventricolare della coronaria sinistra produce quasi sempre l'arresto immediato del cuore. Tale arresto si ha sempre legando la coronaria sinistra all'origine.

Effetti variabili, ma sempre meno gravi, produce la legatura della coronaria destra. Innocua è la legatura della grande vena coronaria.

Se contemporaneamente ad un vaso coronario arterioso si lega il corrispondente vaso venoso, si diminuisce di molto la gravità degli effetti prodotti dalla legatura arteriosa isolata. Il Dominici crede infatti che l'arresto del cuore sia dovuto non solo ai disturbi di nutrizione delle fibre muscolari e del sistema gangliare, ma anche all'ostacolo meccanico che alla funzione del miocardio deve apportare la forte stasi.

Chirurgia dei grossi vasi sanguigni. — L'A. passa rapidamente in rassegna tutti i vari tentativi fatti di legatura laterale e di sutura vasale fino a che il Carrel indicò la tecnica, che è quella seguita anche oggi.

Segue la statistica italiana delle suture vasali (71 casi).

Nelle suture di arterie e di grosse vene, in caso di semplici ferite, si ebbe sempre completo successo.

L'A. ricorda il metodo di zaffamento intravasale proposto dal Mattoli e dal Caucci nei casi di emorragie a ripetizione per stati infettivi locali. Ricorda pure l'intervento proposto ed attuato dal Biondi nei casi di edemi persistenti da ostacolato deflusso venoso con elefantiasi dell'arto: il Biondi pratica l'allacciatura dell'arteria principale e sembra abbia ottenuto buoni risultati. Ma alla legatura è, forse, preferibile la semplice stenosi del vaso.

Accenna al processo del Ruotte, che per la cura dell'ascite da cirrosi epatica pratica l'anastomosi safeno-peritoneale con effetti di miglioramento transitorio. Ricorda anche un altro intervento, fondato sull'anastomosi vasale ed eseguita in Italia: quello del Mantelli, che fece l'innesto di un segmento della vena femorale al posto di un segmento dell'arteria femorale resecata per un tumore, ottenendo la pervietà del tratto innestato, di cui si potè dimostrare con lo sfigmografo l'avvenuta arterializzazione.

Secondo Alessandri, negli aneurismi arteriosi e artero-venosi l'arteriorrafia e la fleborrafia hanno maggior campo di applicazione di quanto si creda: l'A. ha praticato la sutura vasale nel 75 % dei casi di aneurisma occorsi nel suo reparto. Egli non ha grande fede nei metodi del Matas di endo-aneurismorrafia.

Accenna poi alla patogenesi degli aneurismi ricordando le varie classificazioni in: aneurismi veri e aneurismi falsi, dapprima; poi in aneurismi con sacco di origine parietale ed aneurismi con sacco di origine periarteriosa (a. metaemorragici). In seguito agli studi recenti sembra che anche il sacco degli aneurismi metaemorragici sia di derivazione parietale e quindi, dal punto di vista anatomo-patologico, nulla di essenziale divide tali aneurismi dai veri, sebbene l'etiologia ne sia diversa.

Trasfusione del sangue. — L'A. riassume la storia che tale pratica ebbe a traverso i secoli.

ricordando come il Manfredi sia stato il primo a infondere negli uomini sangue umano divinando quello che in seguito fu poi attenuato, ossia la tossicità del sangue eterogeneo.

Quanto alla tecnica, due sono i tipi essenziali, trasfusione di sangue puro e trasfusione di sangue addizionato con sostanze anticoagulanti.

Il primo tipo comprende metodi coi quali si pratica una trasfusione diretta e continua e inoltre metodi di trasfusione indiretta e intermittente; il secondo è sempre, di necessità, una trasfusione indiretta. I metodi di trasfusione diretta di sangue puro si distinguono in: mediati e immediati, e in trasfusione artero-venosa, veno-venosa, veno-arteriosa, arterio-arteriosa.

La unione vasale immediata (endotelio-endoteliale) può praticarsi con sutura (tecnica di Carrel), ovvero con apparecchi appositi.

La trasfusione mediata può eseguirsi interponendo fra i due vasi tubi metallici, o di vetro, o di gomma, ovvero un segmento di arteria o di vena eterogenea prelevata subito prima o preparata alla Foramitti.

Comunemente si usa la trasfusione artero-venosa o veno-venosa.

Gli apparecchi usati negli altri metodi sono la siringa del Crotti, dell'Unger, l'apparecchio del Curtis e David, ecc.

Per evitare gli incidenti dovuti alla coagulazione del sangue è stato proposto l'uso del sangue citratato, ma, recentemente, si sono imputati al citrato di potassio alcuni disturbi e si è tornati all'uso del sangue puro.

Quanto alle indicazioni della trasfusione, la prima è data dall'anemia metaemorragica grave quando i nocivi effetti dell'emorragia non possono rimediarsi con ipodermoclisi, fleboclisi, rettoclisi, ecc. Di rado la trasfusione può essere indicata nelle anemie metaemorragiche non recenti, a meno che il reperto ematologico non indichi un'abnorme assenza di rigenerazione ematica. Utilissima può essere negli stati emofilici; indicata può pure essere nelle anemie semplici e nelle clorosi come stimolazione dell'ematopoiesi.

È indicazione discussa quella degli stati di vero shock.

Reautotrasfusione. — L'A. accenna ai diversi casi nei quali tale pratica venne usata in Germania dall'Esmark e da altri; molti di questi casi furono rappresentati da emoperitonei abbondanti per rottura di gravidanze extrauterine. I successi furono buoni. L'unica applicazione fuori della Germania è stata fatta in Italia, a Roma, dal prof. Zapelloni, pure in un caso di rottura di gravidanza extrauterina, con ottimo risultato. L'A. ricorda poi la reinfusione praticata con altri scopi recentemente (1915) dall'Hare, dal Brittimham, dal Deinker, in individui con nefrite cronica e azotemica notevole. Essi per ovviare all'anemia notevole che deriverebbe da un abbondante salasso fatto a scopo disintossicante (700-800 cmc. di sangue), eseguito questo salasso reiniettano per via endovenosa gli eritrociti sospesi in una quantità di soluzione fisiologica equivalente a quella del sangue estratto (*Plasmaferesi*).

I metodi di trasfusione per via sottocutanea, intramuscolare, intraperitoneale, sono ormai abbandonati. Maggiore diffusione meriterebbe l'infusione di sangue totale o defibrinato o del solo siero, come usa il Weil contro le anemie gravi essenziali o emorragipare. Egli preleva il sangue o dallo stesso malato (autoemoterapia) o da consanguinei e lo inietta, subito dopo estratto, nel sottocutaneo addominale. Tale pratica è stata recentemente usata anche in Italia.

SCELBA.

MEDICINA.

Il problema dell'acidosi.

(H. ROHONYI. *Münch. mediz. Wochenschrift*, 17 dicembre 1920).

Già i vecchi clinici ritenevano che certi stati patologici fossero connessi con intossicazione da acidi e con turbamenti dell'equilibrio acidi-basi, nello stesso organismo: però i tentativi di una dimostrazione sperimentale cozzavano contro la nebulosità dei concetti del meccanismo regolatore della neutralità. Quando con le moderne teorie di chimica fisica si ricondusse l'acidità alla concentrazione degli idrogen-joni (H-joni) si credette di poter riconoscere, negli stati di acidosi, un mutamento nell'acidità del sangue: falliti tali tentativi, la questione dell'acidosi perdette ogni interesse per biochimici e clinici.

Recentemente venne ripresa la questione della presenza di acidi patologici nell'organismo per concluderne che la presenza di una certa quantità di acidi nel sangue non può venire misurata direttamente per mezzo di mutamenti nella concentrazione degli H-joni, sebbene sia già capace di provocare gravi disturbi.

L'A. espone quindi i principali concetti, su cui è fondata la dottrina della acidosi. Il sangue, in rapporto con questa rappresenta una soluzione di bicarbonato di sodio, la quale contiene acidi deboli sotto forma di corpi albuminoidi. Una tale soluzione possiede un notevole potere respingente (Puffer), ciò che significa che il suo contenuto in H-joni non cambia per aggiunta di piccole quantità di acidi

o di alcali, che invece hanno marcata influenza sul contenuto in H-joni dell'acqua distillata o di una soluzione di cloruro di sodio. La determinazione diretta della concentrazione di H-joni di una tale soluzione, per via elettrometrica non è adatta per l'accertamento di piccole quantità di acidi.

Vi è però un'altra proprietà di questa soluzione, che si estrinseca con una reazione sensibile alla aggiunta di piccole quantità di acidi, ed è il suo potere di combinare l'acido carbonico. Il suo acido carbonico in parte è disciolto fisicamente, in parte chimicamente combinato in forma di bicarbonato di sodio.

La quantità di acido carbonico (CO_2) disciolto fisicamente in un determinato volume di sangue, dipende solo dalla pressione parziale della soluzione, rispettivamente dell'aria che sta con essa in equilibrio: la funzione di queste due grandezze è lineare. Invece la quantità di CO_2, chimicamente combinato in forma di bicarbonato di sodio, dipende, oltre che dalla pressione parziale di CO_2 dalla quantità e dalla forza degli acidi presenti nel sangue. I cambiamenti nella tensione dell'CO_2 provocano cambiamenti, sia pure lievi, nel contenuto in H-joni del sangue; questi ultimi cambiamenti, nonchè la quantità e la forza degli acidi presenti nel sangue si estrinsecano come segue. Noi sappiamo che, con una certa tensione di CO_2, il sangue può prendere da una miscela gazosa molto più CO_2 di quanto non vi si possa disciogliere fisicamente, cioè più di quanto si possa disciogliere, con la stessa tensione, in una soluzione corrispondente di bicarbonato di sodio. Noi sappiamo inoltre che, aumentando la tensione di CO_2, cresce l'alcalescenza titrimetrica del sangue, ciò che viene causato dall'aumento del contenuto di bicarbonato di sodio.

Questa assunzione di maggior quantità di CO_2, che viene legato chimicamente come bicarbonato di sodio, è dovuta a ciò che con lo innalzarsi della tensione dell'CO_2, questo respinge gli altri acidi deboli dalla loro combinazione con gli alcali, mettendosi al loro posto. Con l'innalzamento della tensione di CO_2, si innalza il contenuto di H-joni del sangue, quindi la dissociazione degli altri acidi presenti viene respinta in una massa dipendente dalla costante di dissociazione: diventano quindi liberi gli H-joni che legano chimicamente una corrispondente quantità di CO_2 in forma di bicarbonato di sodio. Gli acidi deboli, che vengono presi in considerazione sotto tale punto di vista, sono anzitutto albuminoidi, specialmente ossiemoglobina; essi, nel sangue normale, sono combinati con una certa quantità di alcali, che, con l'elevarsi dalla tensione di CO_2, cedono sempre più il loro CO_2: continuando ad innalzare la tensione e quindi il contenuto in H-joni, vengono scissi i sali di acidi più forti (cloruro di sodio) dall'emoglobina: questa si raccoglie all'anione sicchè il bicarbonato di sodio, aumenta nuovamente, per il fatto che si rendono liberi dai detti sali nuove quantità di alcali.

La quantità di acido carbonico, combinata sotto forma di bicarbonato, aumenta o diminuisce anzitutto con la tensione dell'acido stesso: viceversa, con una determinata tensione di acido carbonico, il contenuto di bicarbonato nel sangue dipende solo dalla quantità e dalla forza dell'acido presente nel sangue. Quando, mantenendo costante la tensione di acido carbonico, si determina la quantità di acido carbonico combinato esistente in diversi campioni di sangue, i valori diversi dipendono dalla quantità di acido dei diversi sangui: quanto meno acido carbonico combinato, tanto più corpi acidi vi sono contenuti.

I procedimenti sin qui proposti, però, per la loro stessa complicazione non sono applicabili alla clinica. L'A. ha escogitato un metodo semplice, esatto ed abbastanza sensibile, basato non già sull'analisi dei gas, ma consistente in procedimenti titrimetrici.

Dopo aver lasciato il braccio in completo riposo per un certo tempo, si prelevano da una vena 3-5 cmc. di sangue, che si introducono in un tubo da centrifuga contenente un po' di soluzione al 0.2 % di ossalato di potassio. Si tappa il tubo con un buon turacciolo e lo si agita per cinque minuti: il sangue diventa di colore rosso chiaro, dopo di che lo si sottopone subito alla centrifugazione. Frattanto si mettono in un matraccino 10 cmc. di alcool al 96 % e vi si aggiunge, a goccie il plasma (cmc. 1.5) separatosi nella centrifugazione dalle emazie. Si tappa bene il matraccino e lo si lascia in riposo per 1/2 ora, filtrando poi rapidamente a traverso un piccolo filtro a pieghe: il filtrato è limpido, incolore o leggermente colorato in giallo chiaro. Se ne mettono cmc. 7.7 in una piccola bevuta (Erlenmeyer), vi si aggiungono 2 goccie di soluzione acquosa a 0.1 % di rosso d'alizarina e si titola, usando una microburetta, con acido cloridrico 1/100 normale. Verso la fine della titolazione, si ha un leggero intorbidamento, dovuto forse a precipitazione di lipoidi, il quale però non ha notevole influenza sulla netta percezione del cambiamento di colore.

Alla fine non si deve avere la minima traccia di colore rosso; i centimetri cubi di soluzione cloridrica corrispondono alla quantità di bicarbonato contenuta in 1 cmc. di plasma.

La ricerca va eseguita entro 1-2 ore dopo la

presa del sangue, od al massimo dopo 4-5 ore, conservando però in tal caso, il sangue in ghiacciaia. L'alcool deve essere neutro all'alizarina; tutto il materiale che si usa, deve essere scrupolosamente pulito. Dopo qualche prova, si raggiunge nei controlli la concordanza con oscillazioni che arrivano al 2-3 % per modo che i controlli si rendono inutili. Il metodo è sensibilissimo.

Quando si abbia a disposizione minore quantità di sangue, si procede come segue: cmc. 0.75 del plasma ossalato si aggiungono a cmc. 5 di alcool: dopo il riposo si filtrano per aspirazione, lavando il filtro con 2-3 cmc. di alcool a 83 %.

La quantità di soluzione cloridrica usata per la titolazione, moltiplicata per 1.25 esprime il bicarbonato contenuto in 1 cmc. di plasmo. La concordanza dei controlli arriva a 4-5 %.

***

Nel sangue normale la quantità di bicarbonato contenuta nel plasma varia da cmc. 1.25-1.60 (in media 1.42) di soluzione 1/100 normale di $NaHCO_3$ ossia mol. 0.0142. Con un valore costante di tensione di acido carbonico — mm. 0.3 — si può calcolare la concentrazione degli H-joni, per mezzo della formola di Hosselbach. Oppure si può conoscere approssimativamente il grado di acidosi, esprimendola col numero ottenuto mediante la titolazione, che l'A. chiama quindi numero di carbonato = C. Se C è inferiore a 1.25, si può parlare di acidosi; quando in un sangue si trova C_1 = 1.40 e C_2 = 1.00, questo significa che il secondo sangue contiene tanto acido in più di quello che nelle solite condizioni possono mettere in libertà mol. 0.004 di acido carbonico. Da queste differenze si può determinare approssimativamente l'eccesso di acido, ciò che costituisce la misura dell'acidosi.

Sperimentalmente si è rilevata la sensibilità del metodo, per cui l'aggiunta di 0.01 mol. od anche 0.005 mol. di acido è nettamente riconoscibile. L'azione dei diversi acidi non è proporzionale alla forza di ognuno.

Nel liquido cerebro-spinale, la determinazione si esegue come nel sangue, tralasciando naturalmente, la centrifugazione. La differenza consiste nel lasciare in riposo 5 ore prima di filtrare. I valori di C. hanno variato, fra 5 persone da 1.98 a 2.05; sono più costanti e più alti che nel sangue.

Il liquido cerebro-spinale ha in complesso una concentrazione di H-joni più scarsa che il sangue.

In casi patologici, si sono osservate rilevanti deviazioni in ambedue le direzioni *acidosi* ed *alcaliuria*. Assai considerevole è l'acidosi in certe forme di insufficienza renale, in cui però può anche aversi alcaliuria. Questa è la manifestazione della isostenuria ed indica che l'urina non solo per ciò che riguarda la concentrazione osmotica, ma anche per la sua alcalescenza non varia dal sangue. L'abbassamento delle valenze acide nel sangue, in causa della alcaliuria costante. porta di conseguenza una acidosi relativa.

fil.

SIFILOGRAFIA.

La stomatite mercuriale.

La stomatite mercuriale (Maurel, *Gazette des Hôpitaux*, n. 80-82, 1920) è la manifestazione più frequente ed in genere più precoce dell'intossicazione mercuriale. Etiologicamente possiamo distinguere:

1° *Le intossicazioni professionali* notate negli operai addetti all'estrazione del mercurio (Almaden, Istria), negli abitanti delle regioni minerarie relative, nei doratori, argentatori, fabbricanti di specchi, ecc.

2° *Avvelenamenti acuti* criminali o volontari, in genere per sublimato.

3° *Intossicazioni da medicamenti*: è la più importante. Spesso è la sola manifestazione della malattia. Insorge abitualmente nelle cure antisifilitiche e in rapporto con la diversità dei preparati mercuriali e con le dosi impiegate.

Si stabilisce lentamente ma frequentemente allorchè si somministri il mercurio per via gastrica: ben tollerato (fino a 10 ctg. nell'uomo, 5, 7.5 ctg. nella donna p. d.) è il *protoioduro* delle pillole di Ricord.

La stomatite si sviluppa con il liquore di van Swieten e con le pillole di Dupuytren, allorchè il *sublimato* sorpassa i 3 ctg. Il *calomelano* per via gastrica a dosi elevate facilmente dà la stomatite. Da 3 cucchiai in su al giorno, lo *sciroppo di Gibert* dà luogo ad irritazione della bocca ed alterazioni gastriche.

Le *frizioni mercuriali* sono quelle che più espongono a flogosi buccale: più di 6 gr. al giorno espongono a stomatite, dai 10 ai 20 gr. la malattia è inevitabile: è una stomatite brusca, ad inizio rapido, generalizzato; più intensa, più tenace delle altre forme. È la *forma maligna* di Fournier.

Con l'uso delle iniezioni la stomatite si ha per lo più con i preparati insolubili: olio grigio, calomelano.

La stomatite è tardiva: i sali insolubili invece di essere assorbiti subito, possono incistarsi poi per una causa anche minima; rottesi queste cisti, il contenuto messo in libertà provoca una intossicazione acuta dell'organismo ed in particolare la stomatite.

I sali solubili (biioduro-benzoato-cianuro di mercurio) dànno più facilmente luogo ad accidenti intestinali — diarree — che buccali.

Raramente stomatiti si hanno con gargarismi al bicloruro di mercurio, con cauterizzazioni al nitrato acido di mercurio in cavità buccale, nei lavaggi uterini con sublimato, nelle frizioni usate contro la phtyriasi pubica.

Predispongono inoltre lo stato della bocca ed in special modo dei denti: dove non vi sono denti non vi è stomatite mercuriale. Carie, piorrea, gengivo-artriti alveolo-dentarie, presenza di tartaro sono fattori potenti per l'insorgenza della stomatite.

Secondo alcuni autori anche le lesioni renali favoriscono la stomatite, così le lesioni epatiche (in particolare il calomelano è trasformato dalla cellula epatica in modo da renderlo meno nocivo per l'epitelio buccale) la debilitazione organica, la gravità dell'infezione sifilitica.

Fournier per la *sintomatologia* descrive:

1° *Stomatiti parziali*, curabili; sono le stomatiti d'allarme di forme imminenti gravi.

In un certo numero di casi è limitata alla porzione gengivale che tocca indietro l'ultimo grosso molare inferiore: si ha lo scollamento retromolare. Sintomi funzionali scarsi: passa quasi inavvertita.

In altri si ha una gengivite attorno ad un dente cariato, ad una radice: il mercurio in tal caso non fa che aumentare un processo infiammatorio cronico.

In un terzo gruppo si ha la gengivite mediana inferiore: a livello del colletto degli incisivi mediani inferiori, poi degli incisivi laterali. In genere è colpita solo la porzione vestibolare della gengiva.

La gengiva è rossa, tumefatta; col dito si può far uscire dal bordo scollato una gocciolina di liquido sieropurulento: il malato accusa sapore metallico, dolori nella masticazione, alito sui generis.

Un quarto tipo è dato dalla stomatite geniena, o emistomatite, o stomatite lateralizzata.

2° *Stomatiti medie e generalizzate.* — Fournier nota per queste quattro serie di sintomi:

a) infiammazione intensa di tutta la mucosa buccale con il massimo a livello dei punti di elezione citati nelle forme parziali, con escoriazioni, erosioni, talora ulcerazioni che possono dar luogo ad emorragie al minimo contatto o spontaneamente e che dolgono sia al contatto che spontaneamente.

Anche la mucosa jugale e quella endobuccale prolungante la labiale presentano indentiche lesioni.

La lingua è protrusa incompletamente, tumefatta, dolente, con le impronte dentarie, con patina nevosa. I denti scalzati con detrito fetido.

Faringe, pilastri, tonsille, ecc., normali: il mercurio, diceva Fournier, agisce sulla bocca, ma rispetta il retrobocca.

Aggiungansi le adenopatie sottomascellari, la fetidità, *rivelatrice* dell'alito, la salivazione abbondante, dei dolori vivi, anoressia, anemia, insonnia. Non vi è febbre.

La durata varia da 15 giorni a 3 settimane.

3° *Stomatite intensa e generalizzata*: rara oggidì, non ha segni speciali, ma quelli della forma precedente esagerati: le ulcerazioni possono assumere aspetto cangrenoso, la saliva raggiungere i 3-4 litri al giorno; vi è febbre e spesso diarrea profusa. La guarigione è lenta, da 3 a 4 mesi; spesso molti denti cadono.

4° *Stomatite storica* degli antichi autori. Non si osserva più; le antiche descrizioni parlano di ulcerazioni profonde, fagedeniche, che talora giungevano a denudare i muscoli, con residuali aderenze, occlusioni permanenti dell'orificio buccale, ecc.

FORME CLINICHE. — *Stomatite catarrale*: diminuzione dell'appetito, fetidità mercuriale caratteristica, precoce, senso metallico, salivazione abbondante, lingua un poco edematosa e saburrale la caratterizzano.

Stomatite nevralgica: consiste in dolori faringei o tonsillari con irradiazioni all'orecchio, in genere unilaterali con un certo grado di stomatite.

Stomatite del velo e dei pilastri: localizzazione questa ammessa da Milian contrariamente all'opinione classica.

Forme fruste croniche: in esse Milian pone l'orletto mercuriale e l'erosione dentaria del colletto.

Forme maligne: in genere nelle cure per frizioni.

Forme dovute ad iniezioni di sali insolubili. È tardiva e presenta per lo più i caratteri delle stomatiti da frizioni.

PROGNOSI. — Benigna nelle semplici gengivostomatiti parziali, può esser grave e mortale nelle forme gangrenose. Ogni apparizione di stomatite deve far sospendere il trattamento mercuriale.

DIAGNOSI. — Si basa sull'anamnesi e sulla constatazione della stomatite.

L'esame generale del malato fa facilmente escludere le stomatiti da scorbuto, diabete, porpora, leucocitemia.

Il piombo dà luogo ad alterazioni gengivali più che a vere stomatiti, il fosforo a necrosi caratteristiche. La stomatite aftosa si distingue per le caratteristiche vescicole aftose. Difficile

è la distinzione della stomatite mercuriale dalla stomatite ulcero-membranosa: ha molto valore l'anamnesi.

Le forme gravi vanno distinte dal noma; questo è in genere secondario a malattie esantematiche, è proprio dei fanciulli.

PATOGENESI - ANATOMIA PATOLOGICA. — Gli antichi incolpavano l'azione diretta del mercurio sulla mucosa buccale nel momento dell'ingestione o durante la eliminazione attraverso le ghiandole salivari, dopo aver impregnato l'organismo. Il Galippe ammise l'origine infettiva e sostenne che la stomatite mercuriale non è *tossica* ma *settica*, dovuta ai germi virulentati, ospiti abituali della cavità buccale.

Altri autori fra le due teorie ne pongono una intermedia: il mercurio agisce sul principio modificando il mezzo (saliva), rendendolo utilizzabile ai microbi; inoltre impedirebbe la rigenerazione dell'epitelio buccale. La stomatite sarebbe così una tossinfezione localizzata.

Alcuni autori hanno notato e studiato la presenza nella stomatite mercuriale dell'associazione fuso-spirillare scoperta da Vincent e Plaut nell'angina di Vincent; ne verrebbe da ciò la conseguenza che la stomatite mercuriale non sarebbe dovuta ai piogeni comuni buccali, ma a microbi necrogeni e più precisamente a spirilli virulentati dal mercurio.

Dal punto di vista anatomo-patologico abbiamo già notato i caratteri macroscopici. Per le lesioni istologiche Letulle distingue nelle ulcerazioni, sia gengivali che linguali o faringee, due zone:

a) una zona di necrosi, di spessore variabile, in cui quasi tutti gli elementi sono divenuti irriconoscibili, salvo lo scheletro elastico dei vasi. Incostante è la presenza in tale zona di depositi pigmentari in rapporto con piccoli focolai emorragici;

b) una zona reattiva infiammatoria, poco spessa. continuantesi insensibilmente con i tessuti sani.

CURA. — *Profilassi.* — Dice Panas: « Bisogna prevenire la stomatite mercuriale, non combatterla », e perciò occorre:

1° non iniziare il trattamento mercuriale senza assicurarsi prima che la bocca del malato è capace di tollerare il mercurio;

2° durante il trattamento far sì che il malato abbia la più minuziosa cura della propria bocca con spazzolino duro e sapone dentifricio, o, più semplicemente, sapone di Marsiglia.

Aggiungere lavaggi ripetuti della bocca con soluzione di potassio: è usata molto la formula seguente, dotata di forte potere antisettico, senza essere irritante:

Formolo a 40 per 100 . . . gr. 2.50
Alcoolato di menta . . . . . gr. 15
Acqua distillata q. s. per 200 c. c.

un cucchiaino in un gran bicchiere di acqua tiepida;

3° prevenire il malato degli accidenti che possono sopraggiungere;

4° durante il trattamento, sorvegliare attentamente lo stato della bocca;

5° sospendere il trattamento al minimo segno di irritazione buccale.

Sembra inoltre provato che le acque solforate prevengano gli accidenti mercuriali: secondo altri, valore preventivo ha lo zolfo colloidale.

Cura. — Nelle forme lievi cauterizzare le ulcerazioni con nitrato d'argento e colluttorî di clorato di potassio al 5 per 100, o di allume al 5 per 200.

Nelle forme medie, oltre i colluttorî comuni, cauterizzare le ulcerazioni con acido cromico 1 per 20, bicromato potassico, acido cloridrico 1 per 4 o 1 per 5; in seguito lavaggi con acqua ossigenata, toccamenti con tintura di iodio.

Contro i microbi si è usato per colluttorio il liquore di Swieten ¼ seguito da abbondanti lavaggi con acqua pura, un sapone speciale mercuriale (Chompret), il bleu di metilene, l'arsenobenzolo (contro gli spirilli) in polvere o in soluzione acquosa, oleosa, glicerinata sulle ulcerazioni.

MONTELEONE.

RARIORA ARTIS

Della streptotricosi umana con riguardo alle localizzazioni polmonari.

(ZENONI e MACCHI. *L'Ospedale Maggiore*, numeri 8-10, 1920).

Nel n. 42, anno 1920, del *Policlinico*, è stato trattato, da un punto di vista generale, l'interessante argomento delle micosi del sistema respiratorio, delle quali è stata riportata la recente classificazione del Castellani.

Zenoni e Macchi si occupano particolarmente delle streptotricosi umane con riguardo alle localizzazioni polmonari. Essi riferiscono minutamente sugli studi morfologici, biologici, sperimentali finora eseguiti sulle streptotricee le cui proprietà permèttano che esse sieno differenziate dagli altri funghi. Il potere patogeno delle Streptotricee è di grado differente secondo la specie dello Streptotrix e gli animali in esperimento; si possono ottenere delle vere setticemie o anche processi infiammatorii granulomatosi. Con colture di streptotricee attenuate con trapianti in serie in burro, grassi e substrati vegetali, si possono ottenere negli animali, lesioni pseudotubercolari a focolaio nelle quali si riscontrano tipiche streptotricee.

Anche la loro tossicità varia secondo la specie e secondo il terreno usato per la cultura; l'azione tossica è un'azione necrotizzante esercitata da prodotti culturali i quali sono filtrabili.

I casi clinici nei quali sono state riscontrate delle streptotricee non sono numerosi: Zenoni e Macchi riferiscono i primi casi con localizzazioni cerebrali descritti da Eppingher, da Almiquinst, da Chiari; le streptotricee sono state anche riscontrate in un caso di endocardite, in un ascesso del rene, in malattie oculari, in peritoniti croniche, in pleuriti, in broncopulmoniti; per quanto rarissimamente sono state riscontrate anche delle setticemie; più frequentemente si sono riscontrati ascessi limitati ad uno o più visceri. Le localizzazioni polmonari dello Streptotrix sono rare; esse sono state descritte in base al reperto nell'escreato di Streptotrix o anche sono state rilevate al tavolo anatomico.

Lo Zenoni ed il Macchi riferiscono sulle ricerche morfologiche, culturali, sperimentali da essi eseguite su 4 casi rivelati al tavolo anatomico; a dimostrare la rarità della localizzazione polmonare dello Streptotrix si ricorda come gli autori abbiano rinvenuto questi quattro casi al tavolo anatomico sopra un totale di 8399 autopsie eseguite dal 1907 al 1920.

Dalle cartelle cliniche risultava che in questi casi le localizzazioni polmonari hanno presentato un decorso vario da pochi giorni ad un anno. Bisogna notare però che in 3 di questi 4 casi lo Streptotrix era in associazione con altri germi, quali cocchi gram-positivi e cocchi gram-negativi, streptococchi, bacillo di Koch: in uno di questi era stata diagnosticata una meningite cerebro-spinale; soltanto in un caso sarebbero state trovate solamente Streptotricee.

Nei 4 casi studiati dagli autori, le manifestazioni a carico dell'apparato respiratorio erano a carattere piogeno; broncopolmonite pseudolobare; ascessi sottopleurici, pleurite essudativa con bronchite purulenta; essi hanno anche riscontrato pericardite siero purulenta; carie costale con ascesso a tragitti fistolosi nella cute; noduletti nelle ghiandole linfatiche ilari-polmonari.

L'azione piogena necrotica dello Streptotrix può essere locale (con formazione di aderenze ed ispessimenti) o anche generale d'origine metastatica dimostrata da diffusione dello Streptotrix in sedi extrapolmonari (pericardio, periostio, ossa e parti molli, meningi, ghiandole linfatiche, reni). Tali reperti fanno pensare che la maggior frequenza di penetrazione dello Streptotrix sia nelle vie aeree superiori con polveri inalate e con detriti pulviscolari.

c. b.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Tome 16e: *Infections à germes inconnues.* — A. Maloine, éd., Paris, 1921. — Prezzo: Franchi 25.

Le infezioni a germe sconosciuto raccolgono un gruppo di malattie di sicura natura infettiva, di cui ancora la causa patogena è ignota: nel volume sono raccolte le malattie esantematiche, l'influenza, il dengue, il reumatismo infettivo, la idrofobia, la diarrea della Cocincina. Anche la *tosse convulsa* è inclusa tra queste malattie a germe sconosciuto, sebbene nel testo, a pag. 316, si legge: *La spécificité du coccobacille de Bordet-Gengou n'est plus contestée.*

I vari capitoli sono affidati a noti collaboratori, studiosi specializzati di particolari argomenti: Hallé, Armand-Delille, Grenet, Esmein, Gastinel, Philippon, si occupano delle malattie esantematiche; Grenet dei reumatismi e pseudoreumatismi infettivi: Weill e Péhu della tosse convulsa; Thevenot, della rabbia; Violle della diarrea della Cocincina.

Un senso di modernità domina in tutti i capitoli nella necessaria brevità, di un trattato. La chiarezza, consueta nei libri dei nostri colleghi francesi, è dote preclara.

Ci sia consentita però un'osservazione circa la *storia* sopratutto del pensiero scientifico, nella materia tutta di cui il libro tratta: ***le*** *citazioni non sono numerose, ed è bene;* ***ma le*** *poche sono tutte e quasi esclusivamente francesi.* In qualche capitolo, come, e scelgo a caso, quello del reumatismo articolare infettivo, sembrerebbe, a prestar fede all'autore, che nessuno, al di fuori dei ricercatori francesi, abbia contribuito al progresso del pensiero scientifico e alla difficile conquista del nuovo vero. Non una citazione italiana, non una citazione inglese, non una citazione di un autore tedesco. Qualche volta fa capolino un nome esotico, ma spesso si tratta di questioni già sorpassate dal tempo e il merito della correzione è dovuto ad un connazionale. Noi comprendiamo i diritti degli autori, che in lingua francese hanno scritto, in un trattato francese, comprendiamo la necessità di divulgare la scienza nazionale, ma siamo convinti che il pensiero storico della scienza medica, quale deve essere presentato in un trattato, non può subire limitazioni, amputazioni, deformazioni: questo appunto, che spesso noi abbiamo mosso ai trattatisti inglesi e tedeschi, rivolgiamo ai colleghi francesi, melanconicamente pensando

ai nostri autori italiani, i quali ogni diligenza e cura adoperano nel citare l'esotico, anche quando vale poco, dimenticando, quando v'è e buona, la produzione italiana!

t. p.

OPPENHEIMER C. e WEISS O.: *Grundriss der Physiologie*. III edizione. Un vol. in-8 di 503 pag. rilegato. — G. Thième, ed., Lipsia. — Prezzo L. 24.20; più l'aumento del 60 %.

In questo primo volume, C. Oppenheimer si occupa dei processi biochimici che si compiono nell'organismo.

Nella prima parte sono descritte sistematicamente le principali sostanze del corpo animale, con le loro costanti chimiche e nel significato biologico, che hanno per l'organismo stesso. Di argomento più strettamente fisiologico è la seconda parte che tratta delle essenziali funzioni chimiche dei tessuti e dell'organismo, la digestione, il ricambio materiale, le secrezioni, le escrezioni, la regolazione della temperatura, ecc. Precisione, concisione e chiarezza sono le principali doti di questo buon manuale, che mette lo studioso al corrente delle idee dominanti in questo campo della fisiologia.

fil.

STRASSER, KISCH u. SOMMER: *Handbuch der klinischen Hydro-, Balneo- und Klimatotherapie*. — Urban e Schwarzenberg, Berlino-Vienna, 1920.

Questo volume racchiude tre singoli brevi trattati: uno di idroterapia, scritto da Strasser, uno di balneoterapia dovuto a Kisch ed un terzo di climatoterapia, fatto da Sommer. Di comune essi non hanno che il piano dell'opera: ogni trattazione è infatti costituita da una parte generale, che precede, spesso insieme con ricordi di fisiologia, e da parti speciali, che si riferiscono alle singole applicazioni nelle malattie dei vari sistemi od organi.

Le parti generali, specie quella di idroterapia, sono ricche di nozioni bene ordinate e moderne: i capitoli speciali spesso non riportano che nozioni sommarie e di indole generica.

Era difficile che, pur dividendosi la materia, i vari autori potessero non invadere l'uno il campo dell'altro: così infatti nella idroterapia è fatta larga parte alla trattazione delle cure balneoterapiche, e nella balneoterapia l'autore molto si occupa di crenoterapia.

Il libro risente dello stato attuale di questa branca della medicina, in cui le basi del rigoroso metodo scientifico ancora mancano. Si comprende quindi la difficoltà che nell'esposizione di simile materia sempre si incontrano, specie allorchè si devono trattare, con spiegazioni scientifiche, argomenti, che sono frutto quasi esclusivamente di semplice osservazione clinica od empirica.

Nonostante ciò gli Autori riescono a dare al Trattato tono e dignità di scienza.

Essi si occupano con grandissima preponderanza delle cure e delle acque tedesche: quando parlano di sorgenti straniere, non sempre sono precisi, poichè hanno evidentemente attinto a pubblicazioni, che per lo meno non sono moderne.

Nel complesso è un libro, che merita lode, sopratutto poi se non si consideri come un trattato da cui il medico non specialista possa apprendere la idroterapia o la balneoterapia, ma come un ottimo libro di riscontro, sia di concezioni moderne sia di applicazioni speciali.

G. SABATINI.

CROLAS F. e MOREAU B.: *Précis de Pharmacie chimique*. IV edizione. Un vol. in-16 di 754 pagine. — A. Maloine et Fils, ed., Parigi.

Questo volume tratta dei medicamenti di costituzione chimica definita; ne sono quindi esclusi i prodotti galenici propriamente detti. La divisione della materia è fatta, con concetti strettamente chimici, in medicamenti minerali e medicamenti organici. Di ogni corpo vengono studiate la preparazione, le proprietà, le impurezze, i saggi analitici, la farmacologia, le dosi ed il modo di somministrazione, l'incompatibilità. Vi sono sopratutto sviluppate le considerazioni d'indole farmaceutica anzichè quelle di carattere puramente scientifico.

Medici e farmacisti potranno trovare in questo lavoro utili nozioni per l'esercizio professionale.

fil.

A. CASTIGLIONI: *La vita e l'opera di Santorio Santorio, Capodistriano*. — Licinio Cappelli, ed., 1920. — Lire 5.

« A Santorio Santorio, Capodistriano, appartiene la gloria d'essere stato il fondatore e l'iniziatore di questa scuola, che inaugura l'èra delle ricerche esatte sperimentali nella fisiologia e segna una pietra miliare nella evoluzione della scienza medica ». Il Castiglioni così condensa il suo giudizio sull'uomo, che, verso la fine del cinquecento, ebbe il grande ardire, ribellandosi al costume del tempo, di *sperimentare*. A chi scorra le interessanti pagine del volume del Castiglioni apparirà l'opera del medico capodistriano mirabile: quella bilancia che orna il frontespizio della sua massima opera « *De statica medicina* » costituisce « *una scoperta paragonabile*, secondo il

grande Lister, *solo alla scoperta dell'Harvey* », costituisce un « *nuovo, inaudito ed ammirabile metodo di studio per misurare le alterazioni del corpo umano* », come ebbe a definirlo Baglivi. Se l'insegnamento di Santorio fosse stato tenuto nel conto dovuto, forse in Italia non sarebbero tornate come novità, problemi da tempo intravisti e iniziati.

Il Castiglioni ha fatto opera meritoria di studioso e di italiano con questo suo elegante volume, nitidamente illustrato di interessanti figure; esso servirà a far conoscere alla massa dei medici Italiani glorie purtroppo da molti ignorate.

G. B.

W. GUTTMANN: *Medizinische Terminologie*. 12°-15° migliaio, 1 vol. in-8 gr. di pag. 1311. — Berlino e Vienna, Urban e Schwarzenberg, 1920. — Prezzo per l'Estero M. 90.

Lo straordinario successo di questo magnifico dizionario è comprovato dal fatto che se ne pubblicano contemporaneamente quattro migliaia, ad appena sei mesi dalla precedente edizione, che risultava di due migliaia.

Il volume aumenta sempre più di mole; ne vengono rivedute e precisate le definizioni; ora è stato arricchito anche di figure, minuscole e numerose, dovute ad un abile disegnatore, Max Landsberg.

L'opera del Guttmann si dimostra utilissima agli studiosi di tutti i paesi, poichè nessun altro dizionario di terminologia medica può competere con esso; del resto sappiamo che i tedeschi sono insuperabili in lavori del genere.

R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania.

Seduta del 15 gennaio 1921.

La capsula batterica ed il suo significato.

G. FIORITO. — L'O. ritiene che la capsula batterica non sia l'esponente di virulenza del germe e che per prodursi abbia bisogno di speciali sostanze.

Sporotricosi cutanea.

M. PIDONE e G. FIORITO. — Illustrazione clinica di due casi di sporotricosi con localizzazione al labbro superiore in un caso, alla narice e fossa nasale sinistra nell'altro guariti a seguito di cura iodica.

Sulla patogenesi dell'enterocolite mucomembranosa.

G. IZAR. — Nelle feci di sei soggetti affetti da enterocolite mucomembranosa venne constatata la presenza della *lamblia intestinalis* quale unico parassita in quattro casi, associata all'*entamoeba dysenteriae* in due casi. La costanza del reperto e la guarigione clinica di quattro casi parallela alla scomparsa della lamblia dalle feci in seguito a cure appropriate, induce a prendere in maggior considerazione questo parassita quale agente patogenetico di forme croniche o subcroniche del tubo gastroenterico e particolarmente di alcuni casi di enterocolite mucomembranosa.

Forme rare di amebiasi latenti e croniche.

G. IZAR. — L'amebiasi, riassunta un tempo nella crisi dissenterica, deve essere considerata come malattia essenzialmente cronica nella quale il fatto acuto dissenteria non rappresenta che un episodio non necessario del quadro evolutivo. Impostato così il concetto generale della malattia, il quadro clinico diviene suscettibile delle più ampie variazioni sia in rapporto al prevalere di un sintoma o di un gruppo di sintomi od allo sviluppo di speciali complicanze, sia per condizioni speciali del terreno nel quale la malattia si impianta.

L'O. illustra casi di amebiasi a sindrome pseudomalarica, a sindrome pseudo-tifica, a sindrome pseudo-tubercolare, a sindrome appendicolare, a sindrome di rettocolite pseudo-cancerosa stenosante, a sindrome di tisi emoftoica cavitaria, soffermandosi specialmente sulla forma clinica cachettizzante dell'amebiasi cronica ed esponendo per ciascuna forma il beneficio ottenuto con una cura specifica accurata, assidua e prolungata.

La proteinoterapia della febbra melitense.

P. FERRO. — Gli scarsi risultati pratici forniti dalla vaccinoterapia da un lato, la natura e l'andamento dell'affezione dall'altro, inducevano a sperimentare nella febbre mediterranea la proteinoterapia. In tre soggetti il trattamento per via sottocutanea con iniezioni di latte ha portato guarigione definitiva. I risultati inducono ad esperienze su più larga base.

Sull'amebiasi in Sicilia.

V. IUSPA. — Il riscontro sempre più frequente di forme morbose legate all'impianto dell'*entamoeba dysenteriae*, permette di affermare che l'amebiasi è malattia endemica in Sicilia. La guerra ha messo solo in miglior evidenza questa forma morbosa, ma non ha avuto che scarsa influenza sulla sua diffusione.

Sul pasto di prova all'alcool di Ehrmann.

E. SANFILIPPO. — Il pasto di prova all'alcool di Ehrmann per l'esame del chimismo e motilità dello stomaco fornisce dati diversi da quelli offerti dal pasto di prova di Ewald-Boas. I risultati ottenuti rispondono alle nozioni acquisite circa l'azione dell'alcool sulla funzione secretiva e motoria dello stomaco.

Ricerche sulla coagulazione sanguigna - Nota II.

R. CERUTI. — Iniezioni endovenose di peptone, caolino e vaccino tifico determinano nel cane una diminuzione del sierozima, più spiccata per il peptone e caolino che per il vaccino. Le stesse sostanze provocano una diminuzione del citozima. L'infezione di estratto acquoso di teste di sanguisuga non determina alcuna variazione nel contenuto in sierozima e citozima del sangue circolante.

Sulle proprietà fissatrici aspecifiche del siero nella reazione di Wassermann-Kaup modificata.

S. RAPISARDI. — Istituendo la R. W.-K. sul precipitato ottenuto trattando il siero col metodo di Sachs, lavato con aqua still. e ridisciolto in soluzione clorosodica, la lettura dei risultati riesce molto più chiara e precisa senza che nel maggior numero dei casi il risultato finale venga modificato. Con tale tecnica è possibile istituire la reazione anche con dosi di siero molto maggiori da quelle comunemente adoperate, mettendo in evidenza in casi particolari reazioni positive che con la comune tecnica sarebbero sfuggite.

Su un importante caso di endotelioma del palato trattato colla auto-vaccino-terapia.

S. CITELLI. — L'O. in un caso di endotelioma del palato che presentò un'eccezionale tendenza alla suppurazione delle iniezioni ed al trapianto di esse, trovò che l'aggiunta di acido fenico al 0,5 % e la filtrazione su carta delle sospensioni non danneggiano l'azione terapeutica delle iniezioni. Colla cura si riuscì a frenare ma non a vincere il tumore.

Sull'esistenza di numerosi casi di retrazione timpanica con ottimo udito e senza stenosi tubaria.

S. CITELLI. — L'O. mette in rilievo la non rara esistenza di tali casi, cerca di darne la spiegazione e ne trae le conclusioni.

Sulla grave difficoltà diagnostica in alcuni casi tra sinusite frontale acuta e flemmone orbitario primitivo.

P. CALICETI. — L'O. descrive uno di questi casi di difficile diagnosi e fa presente i grandi vantaggi che ottenne aprendo il seno frontale secondo il metodo Citelli.

Sulla patogenesi della «sindrome Gradenigo».

P. CALICETI. — L'O. ha osservato un operato della clinica in cui, come in un esperimento, s'è potuto stabilire che la paralisi dell'abducente doveva essere causata da suppurazione delle cellule peritubarie con infiammazione dell'apice della rocca, così come prima di tutti aveva pensato Citelli.

L'orecchio e il naso nel sistema antropometrico di Leonardo da Vinci.

Riceviamo:

Ill.mo signor prof. Ascoli,

Sono dolente di dovere sottrarre poche righe di spazio al *Policlinico;* ma debbo respingere un'accusa che il prof. G. Favaro mi ha mossa a proposito di un mio recente studio su Leonardo (*Resoconto dell'Istituto Veneto*, 30 ottobre 1920; *Policlinico*, 1921, pag. 238). Non solo nella bibliografia del detto lavoro sono citati gli scritti dei Favaro, *seniore* e *juniore* che avevano attinenza con l'argomento trattato (pag. 96), ma nel testo è questo passo: «Derivandoli dall'esame dell'opera leonardiana, da noi studiata per la ricostruzione della fonetica biologica del Vinci, e dalla esegesi del Favaro, diamo adunque i dati antropometrici che si riferiscono specialmente al naso e all'orecchio» (pag. 44).

La ricchezza dei confronti e dei richiami, l'aspirazione di rendere ben evidente l'indissolubile connubio tra arte e scienza, quale si rivela nel Vinci, fanno del mio contributo cosa originale e affatto diversa dal «Canone» del Favaro.

Tanto per la verità. Con ossequio.

Roma, 15 febbraio 1921.

Dev.: G. BILANCIONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Nozioni generali sull'infezione puerperale.

L'individualità della febbre puerperale consiste nel fatto che essa risulta dall'infezione di una o più ferite prodotte dal parto; tali ferite sono in condizioni di minore resistenza, perchè si trovano in parti che sono stati compresse, distese, più o meno devitalizzate in causa del passaggio del feto.

Lo streptococco è l'agente abituale; però altri microorganismi sono stati isolati in coltura pura, o associati: particolarmente significativa è l'associazione anacrobica-streptococcica. È ben raro che si possa fare una diagnosi batteriologica specifica (gonococco, difterite) e così pure è impossibile una diagnosi anatomica di sede dell'infezione, che comprende, di solito, diversi punti dell'apparato genitale.

L'infezione viene portata qualche volta per i rapporti sessuali, spesso dall'esplorazione vaginale praticata senza le necessarie precauzioni. È quindi sempre necessario sorvegliare che il dito esploratore non sia contaminato; evitare quindi di toccare oggetti infetti e munirsi sempre di un guanto o di un dito di gomma, evitare altresì di trasportare microbi dalla vulva in vagina (pulire quindi la vulva prima di ogni esame ed allontanare con l'altra mano le piccole labbra) ed evitare inoltre le esplorazioni troppo frequenti. L'infezione può derivare anche da interventi operatorî, dai bagni generali, a cui si deve quindi rinunciare; qualche volta trattasi di infezione autogena. Allo scopo di evitare infezioni, quando si applica il forcipe o si pratica una versione, sarà necessario usare una tavola operatoria, sia pure improvvisata, radere la vulva, e trattare largamente le regioni vicine con tintura di jodio.

Diverse sono le condizioni che favoriscono lo sviluppo dell'infezione, quali la rottura prematura o precoce delle membrane, il parto prolungato, la ritenzione di cotiledoni o di membrane, l'endometrite, i disturbi e lesioni locali, quali edema del collo, infiltrazioni del perineo, lacerazioni vaginali. L'infezione è tanto più pericolosa quanto più precoce.

La diagnosi e la prognosi dell'infezione puerperale dipendono specialmente dalla temperatura, dal polso, dallo stato generale e dalle lesioni locali.

La *febbre*, tralasciando i casi in cui in due-tre giorni scompare, prende talvolta il tipo delle grandi oscillazioni, talaltra comprende una serie di ascensioni sempre più elevate, oppure sale subito e si mantiene elevata, caratteristica di una setticemia.

Il *polso* è ipoteso, tanto più frequente quanto più grave è il pericolo, specialmente quando rimane tale pure abbassandosi la temperatura; l'installarsi di una maggiore frequenza indica quasi certamente una complicazione venosa (flebite).

L'*insonnia*: la sua comparsa deve far sospettare l'infezione; mentre la sua persistenza è di cattivo augurio, analogo significato hanno l'agitazione, il delirio, la cefalea. Fino a che una donna infetta non dorme, non si può ritenere domata l'infezione.

I *brividi* hanno intensità variabile: quando sono ripetuti indicano infezione grave: un brivido tardivo indica nuove localizzazioni al di sopra dell'utero.

Stato generale. — *Facies* terrea, con lineamenti stirati: l'anoressia e la secchezza della lingua durano fino a che l'infezione non sia limitata. Segni gravi sono la dispnea, l'ittero, l'assenza di secrezione lattea: la milza è ipertrofica nelle batteriemie, le urine sono rare, torbide, talvolta albuminuriche: la crisi urinaria abbondante è un segno di terminazione.

Vulva e vagina. — Talvolta si osservano le ulceri puerperali, grigiastre saniose con edema e linfangite.

Lochi. — Spesso fetidi, talora ad odore fecaloide, talaltra affatto inodori (streptococcia pura): invece di essere rossi sono bruno-nerastri. Quando la quantità è assai diminuita, bisogna temere un'infezione grave senza reazione dell'organismo.

Stato dell'utero. — Quando questo è grosso, indica infezione dell'endometrio; se è molle, difficile a delimitarsi è segno che l'infezione grave paralizza la fibra uterina. Raramente l'utero è dolente alla palpazione: quando il dolore è tardivo e si manifesta nettamente ai margini dell'utero, si deve pensare ad un flemmone del legamento largo, ad una pelviperitonite, ad una flebite peri-uterina.

Talvolta gli esami di laboratorio possono dare utili nozioni (H. Vignes. *Journal des Praticiens* 20 nov. 1920). Si può fare l'esame batteriologico dei lochi, prelevandone con una pipetta direttamente dal collo dell'utero, e facendo delle colture in acqua peptonata glucosata. L'emocoltura, secondo Potocki, sarebbe positiva nel 40 % dei casi; con tale evenienza si avrebbe mortalità del 33 % (invece di 8-5 % quando è negativa): se poi è accompagnata da brivido, si avrebbe mortalità del 62 %, mentre col brivido senza batteriemia, la mortalità

non sarebbe che del 10 %. L'esame del sangue rivela una iperleucocitosi con mononucleosi: quando il processo infettivo è localizzato, si ha un aumento dei polinucleari, mentre la diminuzione totale dei leucociti e la comparsa di forme giovani incompiute indica un indebolimento progressivo dell'organismo. *fil.*

La diagnosi precoce del carcinoma uterino.

In generale non presenta grandi difficoltà, purchè vi si pensi e si facciano le ricerche necessarie. Le incertezze del medico sono spesso causate dall'età delle ammalate, dallo stato di salute apparentemente buono, dalle emorragie della menopausa.

Bisogna tener presente che il carcinoma può aversi anche nelle giovani: recentemente J. Delepine (*Journ. d. Sciences médicales de Lille*, 9 gennaio 1921) ne ha osservato in donne di 22 e di 19 anni: in tali casi l'evoluzione è stata rapidissima. Nemmeno deve ingannare lo stato di salute, che può essere per un certo tempo assai buono.

Per quanto riguarda la menopausa, è bensì vero che vi sono emorragie da altre cause, quali i miomi, la sclerosi diffusa dell'utero e delle ovaje, ecc., ma in tali casi le emorragie sono di solito ritmiche, con intervalli di calma completa. Quelle del carcinoma, invece, raramente abbondanti, si manifestano nel l'intervallo delle mestruazioni: un qualsiasi traumatismo le provoca, coito, introduzione di una cannula, esplorazione, caduta, corsa in carrozza, sforzo violento, ecc. Quando l'utero è fortemente flesso, si può avere ritenzione temporanea del liquido sanguigno; dopo la menopausa, spesso si verifica anche idrorrea, e comparsa saltuaria di sangue chiaro.

Nella fase iniziale mancano quasi del tutto i segni fisici: bisogna dare ai minimi particolari l'importanza che meritano. Un piccolo indurimento limitato, uno scolo sanguigno determinato dalla pressione dello *speculum*, dal contatto dell'isterometro; una fuoriuscita abbondante di sangue determinata dalla flessione forzata dell'utero sul suo asse, per mezzo di uno o due dita introdotte nella vagina mentre il fondo uterino viene mantenuto con la mano; ecco dei segni che, se associati, acquistano importanza.

Ai primi sospetti non bisogna pensare subito all'atto operatorio, ma assicurarsi prima che si tratti realmente di cancro; per ciò si ricorre alla biopsia, asportando un pezzetto di tessuto (dal collo con un bistori od una forbice, dal corpo mediante il raschiamento) e sottoponendolo all' esame istologico. Stabilita la diagnosi si procederà al più presto all'atto operatorio. *fil.*

Sulla patogenesi dell'ascite nei fibromiomi dell'utero.

Francesco Maccabruni (*Annali di ost. e gin.*, 1920, n. 2), comunica 10 casi di fibromiomi complicati da ascite e riunisce le cause di questa nei seguenti gruppi:

1° Asciti da alterazioni indotte dal tumore nel cuore, nei reni, nel sangue;

2° Asciti da irritazione del peritoneo;

3° Asciti da stasi:

a) per alterazione delle pareti dei vasi;

b) per torsione del peduncolo;

c) per piletrombosi.

L'A. riconosce giustamente che con questo raggruppamento la causa prima dell'ascite non è sempre spiegata. Egli crede perciò di dover riconoscere la causa prima nei prodotti tossici, che sarebbero forniti dal tumore. Questi agirebbero « inducendo alterazioni nel cuore, nei reni, nel sangue, o direttamente provocando irritazione del peritoneo, iperemia passiva, trombosi ». Anche il mancato riassorbimento del liquido sarebbe dovuto alla lesione del peritoneo e dei vasi prodotta dall'intossicazione.

BOL.

Trattamento della leucorrea.

Le principali cause della leucorrea sono: *a*) il gonococco, che prepara il terreno a batterî di minore virulenza; *b*) i parti, che per lo stato di congestione e di rilasciamento, e per le erosioni, hanno lo stesso effetto di preparare il terreno ad altri germi; vi è poi un'altra forma associata con cellulite pelvica.

Importanti focolai di infezione si trovano nei dotti di Skene e nella cervice uterina. Le lesioni cervicali consistono in iperplasia delle ghiandole cervicali, granulazioni endocervicali, stenosi ed erosioni del collo.

Le cure proposte sono assai numerose e comprendono il raschiamento, applicazioni al collo, lavande vaginali, uso di glicerina o di altre soluzioni igroscopiche, tamponi vaginali, vaccini, ecc.; utili sarebbero le cauterizzazioni del collo; se la secrezione proviene dal collo sono consigliate le larghe incisioni dei dotti di Skene e la folgorazione dei tratti infetti.

A. H. Curtis (*Journal of. am. med. Association*, 19 giugno 1920) nei casi di leucorrea, non di origine vulvo-vaginale, dopo avere eliminato le eventuali lesioni patologiche grossolane, ricorre al radio: introduce una coppia di tubi da 25 mg. l'uno nella cervice uterina e li tiene fissati per alcune ore, mediante sutura della porzione inferiore. L'applicazione può venire ripetuta anche diverse volte, ad intervalli di 10-12 settimane.

L'esame dei tessuti cervicali dopo il trattamento col radio, dimostra atrofia delle ghian-

dole, aumento relativo del tessuto fibroso, scomparsa di ogni segno microscopico d'infezione. Le statistiche dell'A. dimostrano l'efficacia di questo metodo di cura.

fil

Sulla patogenesi del prolasso utero-vaginale (prolasso di debolezza).

Sulla scorta di 10 casi di propria osservazione (Virginio Muggia, *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1920, n. 2) isola nettamente dai prolassi genitali di varia eziologia il « prolasso di debolezza ».

Si trova questo in donne fra i 55 e i 65 anni, di piccola statura, coi caratteri più o meno spiccati del rachitismo, in istato di nutrizione scadente, del tipo della prima costituzione di De Giovanni, con ptosi generale dei visceri addominali. Il prolasso viene a trovarsi aggiunto come quarto sintomo alla triade di Glénard.

Per la genesi del prolasso l'A. invoca l'ipotrofia del piano perineale in primo luogo, in secondo la diminuita inclinazione pelvica, la quale rendendo più rettilineo l'asse uterino ne facilita la discesa.

Il prolasso verginale appartiene alle forme di prolasso descritte. Inoltre vi appartengono i prolassi di neonate con spina bifida, nelle quali c'è paresi dei muscoli perineali.

Al buon lavoro segue una completa, preziosa bibliografia del prolasso utero-vaginale.

BOL.

I pericoli di alcune sostanze ritenute abortive.

F. Hidden (*Journal des praticiens*, 27 novembre 1920) ha raccolto alcuni casi di intossicazione provocati dall'uso di certe sostanze, prese, a scopo abortivo. Trattavasi, in due donne, di intossicazione generale dell'organismo, comparsa brusca di sintomi, quali aumento di frequenza del polso, congestione del viso, midriasi, esagerazione dei riflessi, vertigini, nausee, vomiti, diarrea, eruzione pruriginosa, ittero, edemi; quindi segni di insufficienza renale ed epatica, disturbi cerebrali. In un caso l'ammalata aveva ingerito una noce moscata, nell'altro 30 pillole (6 grammi) di apiol in 48 ore.

In un terzo caso la donna aveva dapprima preso dosi elevate di zafferano, poi si era introdotta una sonda rigida nell'utero: sottoposta alla isterectomia, morì dopo un'ora, esito fatale troppo rapido per essere attribuito all'intervento chirurgico, mentre con tutta probabilità deve essere ascritto alla intossicazione da zafferano, dimostrata dalla emoporfirinuria.

In un ultimo caso, una donna al 5° mese di gravidanza viene trasportata all'ospedale in coma; ad un salasso, praticato d'urgenza, seguì una fase di agitazione, con ipotermia. In seguito, si verificò impotenza funzionale e gangrena, per arterite, al braccio destro, che venne amputato; si ebbero in seguito diversi episodi infettivi. Questa malata aveva preso a scopo abortivo una certa quantità di segala cornuta.

In nessun dei quattro casi si ebbe l'aborto, desiderato dalle donne, mentre si ebbe in uno la morte, in un altro fenomeni gravi.

Data la maggior frequenza attuale dei casi di tentativi di aborto, è bene tener presente la possibilità di questi gravi fenomeni tossici, quando si tratti di una donna incinta, per poter rintracciare la causa dell'intossicazione stessa.

fil.

Un altro modo di ravvivare i neonati asfittici.

Dopo riassunti i metodi in uso, il dott. Serafino Marmo (*Annali di ostetricia e ginecologia*, 1920, n. 4), descrive un metodo proprio, adottato fin dal 1888, che è una combinazione di quelli dello Schultze e del Sylvester. È cioè la classica respirazione artificiale eseguita a feto sospeso per le braccia. Il metodo è illustrato con figure.

Il metodo per esperienza del relatore non è di facilissima esecuzione ed è assai dubbio che le levatrici siano atte ad impararne bene l'esecuzione.

BOL.

NOTE DI TECNICA.

Un metodo di concentrazione delle uova di parassiti nelle feci.

William H. Gates dà il seguente metodo riferito nel *The Journal of Tropical Medecine and Hygiene*, 15 dicembre 1920:

Dopo filtrata attraverso garza una grande quantità di materiale o usandone una piccola quantità senza filtrarla, si centrifuga con acqua per toglier via il sopra più di materiale più leggero; si getta via l'acqua e quindi si centrifuga nuovamente con cloruro di sodio o meglio ancora con cloruro di calcio (specifica gravità 1,250) per rimuovere la totalità del materiale e far venire a galla le uova che sono praticamente libere dal sedimento.

La porzione superiore (1-2 cc.) viene aspirata con una pipetta dal margine del menisco e questa si centrifuga nuovamente con acqua la quale porta le uova al fondo; l'acqua si aspira lasciando tutto il sedimento.

Questo sedimento è agitato vigorosamente tenendo il tubo nelle mani e battendolo; così si muovono quasi tutte le uova: possono restarne poche che si rimuovono con una spazzola. Il

sedimento è quindi versato in un piccolo disco; si lava il tubo di centrifuga ed anche questo materiale viene versato nel disco, nel quale si cercherà di formare un movimento che si manterrà per qualche tempo agitando il disco in direzione circolare; questo movimento deve diminuire lentamente ed allora si osserverà che tutte le uova si depositano al centro del disco in una piccola superficie.

Le uova possono essere lasciate nel disco ed esaminate direttamente a debole ingrandimento; per un'osservazione più accurata è meglio aspirare con una pipetta dalla parte centrale del disco, lasciare la pipetta in posizione verticale in modo che le uova si depositano alla parte inferiore di essa pipetta e poi far cadere su un porta-oggetti le prime goccie. Successivamente è bene lavare ripetute volte con acqua (che si aspira con carta bibula) o meglio ancora con alcool (che volatilizza) e le uova restano al centro in modo da occupare lo spazio di un coprioggetti.

c. b.

Diagnosi differenziale dei parassiti malarici nella goccia spessa.

Presenta talvolta delle difficoltà specialmente per quanto riguarda le forme anulari.

J. Pratt-Johnson (*Journ. of tropical med. and hygiene*, 1° gennaio 1921) riassume i seguenti caratteri differenziali fra la terzana primaverile e l'estivo-autunnale.

Ampiezza dell'anello:
Terzana benigna: Grande anello sottile con cromosoma relativamente piccolo. Anelli di grandezza variabile.
Terzana maligna: Anello piccolo con cromosoma relativamente grande. Anelli di grandezza uniforme.
Cromosoma:
Terzana benigna: Unico.
Terzana maligna: Più spesso due.
Forma:
Terzana benigna: Spessore del protoplasma discretamente uniforme; forma di solito irregolare.
Terzana maligna: Comune la forma a sigillo; non infrequente quella triangolare o conica con protoplasma poco più grande che il cromosoma. Spesso forma circolare a margini netti.
Colorazione:
Terzana benigna: Debole sia del protoplasma che del cromosoma.
Terzana maligna: Tende ad essere più intensa specialmente nel cromosoma.

Non bisogna poi dimenticare che nella terzana primaverile trovansi frequentemente con le forme anulari anche stadî più avanzati, ciò che non si verifica per l'estivo-autunnale.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

I caratteri batteriologici dei bacilli tubercolari isolati dalle differenti forme di tubercolosi umane.

Griffith (*The Journal Pathol. and Bacter.*, Cambridge, 1920, n. 2) ha cercato di stabilire il tipo cui appartengono i bacilli tubercolari isolati da uomini affetti dalle varie forme di tubercolosi.

Nella meningite tubercolare ha trovato dieci volte bacilli del tipo umano e due volte del tipo bovino. In diciassette casi di tubercolosi polmonare ha rinvenuto sempre bacilli tipo umano. In un caso isolò un bacillo con i caratteri culturali e patogeni della forma descritta recentemente nell'uomo e nella scimmia. Tale tipo forma culture scarse su terreni glicerinati, produce pigmento su sieri bovini, ha debole virulenza pel coniglio.

In dodici casi di tubercolosi osteoarticolare o gangliare, nove volte furono isolati bacilli umani, tre volte il bovino.

Di cinquantadue gomme tubercolari cutanee in 32 volte l'infezione era dovuta a bacilli tipo umano: di essi 26 avevano una virulenza normale, 4 una virulenza attenuata; in 20 casi il tipo era bovino con 16 forme normali e 4 attenuate. È interessante notare che i portatori di bacilli attenuati avevano avuto o lo ebbero dopo il lupus.

In sei casi di lupus, il bacillo 3 volte era del tipo bovino, 3 del tipo umano.

Stando poi alle conclusioni della Commissione inglese per lo studio della tubercolosi, dall'osservazione di 1068 casi di infezione tubercolare risulta che l'infezione da bacillo bovino è tanto più frequente quanto più il soggetto è giovane, e più frequente nelle forme cutanee o ganglionari, meno nelle genito-urinarie, meningee, osteoarticolari e quasi sconosciuta nelle tubercolosi polmonari.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1277) *Quesiti d'igiene pratica.* — Al dott. V. C. da Girgenti. Rispondiamo in ordine alle sue domande:

Nelle carni cotte, salate, affumicate i cisticerchi e le trichine sono morti. La temperatura di ebollizione e il tempo necessario per ottenere la cottura delle carni sono sufficienti per rendere innocue le carni panicate o con trichinosi. Anche i batteri vengono uccisi.

Per ottenere la sterilizzazione delle uova, le quali contengono sempre germi penetrati dopo la loro deposizione, occorrono 8-10 minuti di cottura.

Questo per quanto riguarda le forme vegetative; potranno resistere le spore di qualche germe, ma si tratta di germi non dannosi all'organismo e che introduciamo continuamente con le acque, cogli alimenti crudi o poco cotti, senza nessun inconveniente.

Anche il pane contiene sempre nella sua parte centrale spore di bacilli mesenterici e di altri sporigeni resistenti alla temperatura che la parte interna del pane può raggiungere nel forno. Ma è cosa che non riguarda l'igienista, salvo che, per causa di inadatti lieviti, si stabiliscano condizioni di reazione che permettano lo sviluppo delle spore e la moltiplicazione dei germi determinando quella così detta *fermentazione filante* del pane che lo rende incommestibile.

La carne conservata in scatole è priva di germi se la sterilizzazione è stata fatta bene; anche le tossine del bac. botulino sono distrutte ad alte temperature. Per consumare senza timore le carni conservate bisogna quindi essere sicuri delle Case che le mettono in commercio. Tali carni possono essere dannose, anche senza che i caratteri organolettici siano alterati, quando contengono tossina botulinica o bacilli di Gaertner e simili, ma ciò ha più importanza per le carni insaccate, che si consumano crude. Le scatole di carne che ora sono in commercio sono ben sterilizzate perchè le case produttrici non hanno alcun interesse a mettere in circolazione delle carni male sterilizzate e che andrebbero facilmente in putrefazione

Avvelenamenti botulinici si sono avuti anche per l'uso di verdure conservate in scatole. La profilassi è semplice perchè la tossina botulinica non resiste alla cottura, e sarà sufficiente consumare le verdure conservate solo dopo averle bollite.

Nulla impedisce ai germi di penetrare nell'interno delle sostanze commestibili, ma sono, di solito, germi senza importanza patogena.

L'uovo di pollo appena deposto è sterile; poi i germi penetrano; però nell'uovo fresco avviene un'attenuazione di essi. Le uova si possono consumare anche crude senza timore; in esse non passano nè germi nè tossine preesistenti nel corpo della gallina. Se qualcuno ha qualche sofferenza per ingestione di uova il fatto si deve riportare piuttosto a quella ipersensibilità verso il tuorlo d'uovo che si osserva in alcuni pochi individui.

Il latte naturale o condensato, conservato in scatole, può contenere qualche fermento lattico non ucciso dal calore, ma incapace di riprodursi e del resto innocuo. Nel burro i germi si conservano vivi e vitali. La questione è importante riguardo al bacillo tubercolare e si risolve adoperando solo latte e burro, anche se conservati in scatole, dopo cottura.

I germi anaerobici dànno sempre sviluppo a cattivi odori. Persino il bacillo botulino sembra dare un odore speciale. Ma è indubitato che sostanze alimentari, contenenti tossina botulinica, non dimostrano nessuna alterazione organolettica. Anche in questo caso tali sostanze divengono innocue con la cottura. A questa resistono però i veleni di certi germi paratifosi, i così detti bacilli degli avvelenamenti da carne, che producono tossine coctostabili.

G. SAMPIETRO.

(1278) All'abbonato L. G. F., Lerici:

Faccia richiesta della « Raccolta sistematica delle Leggi, Regolamenti, ecc., sulla Sanità pubblica » alla Libreria F.lli Bocca, a Roma.

g. s.

(1279) Al dott. V. P. abb. 6213, Catania:

Un giornale d'idrologia italiano è: *L'Idrologia, la Climatologia e la Terapia fisica*, Firenze, Via Cavour, 8.

(1280) Al dott. A. E. da Bovamarina:

Non diamo mai indicazioni di case fabbricanti di apparecchi.

Il Breccia, altre volte consigliato su queste colonne, è ottimo manuale come guida per la pratica del pneumotorace artificiale.

Altro lavoro consigliabile è quello del Dumarest e Murard: *La pratique du pneumothorax artificiel.*

t. p.

(1281) — All'abb. n. 7271:

Una buona trattazione sulle malattie venereo-sifilitiche è la traduzione italiana dell'opera del Balzer (Soc. Edit. Torinese).

V. M.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici e " Réclame "

« *Steridol*, Pastiglie igieniche solubili, per evitare le gravidanze pericolose della donna coniugata. Preparato su formula dell'ostetrico dott. .... 20 anni di successo per l'infallibilità dei suoi effetti. Inviare vaglia (L. 6 per scatola) alla farmacia ..... ».

Questa inserzione mi venne sott'occhio nella *Gazzetta di ....* del .... e mi richiamò subito alla mente un'altra simile (ovuline antifecondative Hors) pubblicata nel 1906, della quale ebbe ad occuparsi l'Ordine dei Medici di Venezia e la stampa medica.

L'inserzione qui riprodotta è più deplorevole inquantochè è stampata col nome di uno specialista e di un farmacista, ed è a stupire che sia permessa la pubblicazione, di una *réclame* che col pretesto di evitare le *gravidanze pericolose* delle donne coniugate, esercita nelle non coniugate un'azione suggestivamente depravatoria, col pericolo della grande disillusione che può portare, per il fatto che, in via pratica, quelle pastiglie non potranno corrispondere ad impedire le gravidanze, mā solo a diminuirne la probabilità. Anche la *réclame* deve avere un limite, e queste inserzioni antisociali ed immorali, dovrebbero essere proibite, tanto più che, nel caso in questione, le gravidanze pericolose alle gestanti sono sotto la diretta sorveglianza degli ostetrici, e sono essi che devono dare i necessari consigli e le cure nei singoli casi.

La *réclame* è una cosa necessaria per la esistenza dei giornali e dei periodici ed è anche utile che la Società conosca certi prodotti o certe buone e pratiche preparazioni farmaceutiche con una pubblicità seria ed onesta, ma di certe specialità o prodotti messi in commercio di dubbia fabbricazione sono i medici stessi che devono fare giustizia sommaria sconsigliandone l'uso ai loro clienti e facendo intervenire gli Ordini e le Autorità competenti là ove certi ciarlatani promettono specifici infallibili per guarigioni in 24 ore, ritorno della virilità ai rammolliti ed ai vecchi, per impedire gravidanze, o per guarire ernie senza operazione, ecc.

Il pubblico sofferente ed ingenuo è sempre suggestionabile e concede tanto più facilmente tutta la sua fiducia alle inserzioni quanto più esse sono sfacciate e lontane dalla verità.

L'argomento della *réclame* in medicina venne già diffusamente trattato da valenti colleghi; ebbe ad occuparsene anche il « Policlinico »; ma alla presenza di certe pubblicazioni noi dobbiamo protestare e richiamare l'intervento degli Ordini contro la *réclame* indecorosa e dannosa come quella sopracitata che, favorendo la degenerazione, porta anche per conseguenza non piccolo concorso nella comparsa di malattie nervose e degli organi genitali femminili.

A. DIAN.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione medica italiana degli infortunisti e studiosi di assicurazioni sociali.

Da parecchi sanitarii di varie regioni è partita fin dal settembre 1920 l'idea di raccogliere i medici infortunisti in una Federazione che ne tuteli gli interessi morali e materiali, individuali e collettivi; l'idea è stata raccolta dai medici infortunisti di Torino e messa in atto colla costituzione in quella città di una forte Sezione Regionale, che si è fatta centro di propaganda ed ha provocato la che risulta di Sezioni regionali e di Sezioni di categoria.

Il 2 febbraio 1921 si è riunita in Torino l'assemblea dei delegati regionali delle Sezioni già costituite ed ha approvato lo Statuto della Federazione, che è costituita di Sezioni regionali e di Sezioni di categoria.

L'art. 2 dello Statuto indica chiaramente come segue gli scopi della Federazione:

a) riunire in un Ente nazionale le diverse Associazioni di categoria dei medici infortunisti e studiosi di assicurazioni sociali coadiuvandone gli intenti e disciplinandone le azioni;

b) tutelare gli interessi individuali e collettivi, morali e materiali dei soci secondo le direttive che saranno fissate dalla Federazione;

c) studiare il movimento scientifico e legislativo riguardante le leggi emanate ed emanande sugli infortuni del lavoro e sulle assicurazioni medico-sociali;

d) dare le norme per la costituzione degli albi dei periti medico-giudiziari. Tali albi saranno compilati dagli Ordini dei medici in collaborazione colle Sezioni locali e saranno presentati per mezzo degli Ordini stessi alle autorità giudiziarie;

e) promuovere la rappresentanza della Federazione nelle Commissioni riguardanti le leggi di assicurazioni sociali e le loro applicazioni.

Possono essere soci delle Sezioni i medici che dimostrino di occuparsi in modo continuativo di infortunistica con consulenti e fiduciari di Enti assicuratori o di Istituti per cura o tutela degli operai infortunisti in cui il compenso del medico non sia stabilito in base ad una cointeressenza nelle liquidazioni; e quelli che per la loro attività sia scientifica che professionale abbiano dimostrato particolare interesse e competenza in questioni di infortunistica o di assicurazioni medico-sociali.

L'assemblea dei delegati regionali ha eletto il Consiglio direttivo centrale della Federazione nelle seguenti persone:

Dottori: Tovo (Torino), presidente; Sorge (Napoli), vice-presidente; Lavatelli (Torino), segretario; Vigliani (Torino), cassiere; Angela (Torino); Badini (Milano); Gabrielli (Roma); Marsella (Napoli); Pisenti (Bologna); Ramoino (Genova); Zambler (Padova).

Il Consiglio anzidetto iniziando lo svolgimento del programma di studii, che è uno dei principali scopi della Federazione, ha nominato due Commissioni mediche per la preparazione di questionarii per un *referendum* fra i soci e per l'elaborazione delle relazioni in base ai risultati del *referendum* su due importanti questioni di attualità nel campo delle assicurazioni sociali:

a) Riforma della legislazione infortunii (Gabrielli, Pisa, Pisenti, Prosperi, Vigliani).

b) Assicurazioni malattie (Allevi, Marsella, Oliaro, Polidori, Tovo).

È stata anche decisa la fondazione di Sezioni regionali nell'Emilia, nelle Marche, nelle Puglie ed in Sicilia, e sono stati definiti i più intimi rapporti tra la Federazione e l'Associazione fra i medici della Cassa Nazionale Infortunii.

La Federazione risulta oggi costituita di più di 400 soci, ma non si dubita di un ulteriore incremento colla costituzione delle nuove sezioni.

***

La Sezione romana della Federazione infortunisti, forte finora di 46 soci, si è costituita nello scorso gennaio ed ha eletto al Consiglio direttivo i dottori De Gregorio, Diez, Fornaca, Gabrielli, Polidori, Ranelletti, Zevi.

***

Auguriamo alla giovane e già forte Federazione vita prospera ed attiva per la tutela efficace degli interessi della classe troppo spesso maltrattata da quanti si valgono dellopera specifica degli infortunisti e perchè con questa organizzazione vediamo entrare nell'agone una voce specificamente competente in materia di legislazione sociale, la voce di coloro che hanno potuto nel diuturno esercizio professionale conoscere le difficoltà di applicazione delle leggi di assicurazione e potranno nella doppia qualità di medici e di studiosi e pratici di legislazione sociale additare alla classe medica la via giusta, quella che contempera le esigenze più legittime dei medici con quelle della economia sociale.

Attendiamo i colleghi all'opera.

Per il concorso a medico capo della Cassa Nazionale Infortuni.

La Sezione di Roma della Federazione medica fra infortunisti e studiosi delle assicurazioni sociali, preso in esame il bando di concorso per Capo del servizio medico della Cassa Nazionale Infortuni;

considerato che tale concorso è privo di ogni seria garanzia che i concorsi degli Enti pubblici debbono offrire ai concorrenti nel pubblico interesse;

perchè:

a) il bando non indica i criterii con i quali al candidato prescelto sarà assegnata una delle classi del grado e il rispettivo emolumento;

b) non determina le clausole del contratto speciale da stipulare con un eventuale eletto che abbia superato il 40° anno di età;

c) non determina preventivamente la composizione della Commissione giudicatrice la quale deve dare assoluto affidamento di competenza specifica nella medicina infortunistica;

d) non determina i criterii di scelta e permette una illimitata facoltà di deroga dal giudizio della Commissione la cui autorità è così preventivamente menomata;

considerato accessoriamente che le condizioni economiche indicate nel bando non costituiscono proporzionato compenso alla natura e grado della carica che si vuole conferire;

diffida l'Amministrazione della Cassa Nazionale Infortunii a revocare il bando di concorso;

dichiara che ove il bando non venga revocato sosterrà con ogni energia il boicottaggio del concorso medesimo.

Comunica l'ordine del giorno alle Associazioni mediche ed in prima linea alla Presidenza dell'Ordine dei medici di Roma per i provvedimenti che crederanno di adottare.

Sezione Veneta della Federazione italiana dei medici infortunisti.

Il giorno 27 gennaio u. s. si riunirono alla Sede dell'Ordine dei medici a Padova i medici infortunisti del Veneto che hanno fino ad ora aderito alla Federazione nazionale.

L'assemblea, alla quale erano rappresentati circa quaranta medici, venne presieduta dal dottor Adelchi Zambler.

Dopo alcune comunicazioni del Presidente, fu discusso ed approvato con qualche modificazione il progetto di statuto che ebbe la sua definitiva sanzione dall'assemblea generale che si tenne recentemente a Torino.

Fu quindi votato all'unanimità il seguente ordine del giorno: «I medici infortunisti del Veneto che hanno aderito alla Federazione italiana dei medici infortunisti, dichiarano di accettarne gli scopi ed il programma d'azione già pubblicati; deliberano di costituirsi in Sezione regionale delle Tre Venezie; di inviare quale loro delegato all'assemblea generale che avrà luogo in Torino il 2 febbraio p. v. il dott. Adelchi Zambler; di intensificare la propaganda nelle Provincie Venete per raccogliere il maggior numero possibile di colleghi, ed esprimono il voto che la Sezione diventi anche un attivo centro scientifico di infortunistica medico-legale».

Venne inoltre deciso che la Sezione nominerà il proprio Consiglio direttivo e stabilirà la propria sede appena l'assemblea generale di Torino avesse approvato lo statuto generale della Federazione.

Le adesioni devono essere mandate al dott. Adelchi Zambler in Piazzola sul Brenta (Padova).

I limiti di età per i concorrenti ad ufficiali sanitari comunali.

L'Associazione Provinciale Catanese degli Ufficiali Sanitari aveva espresso il voto che per i concorrenti ai posti di ufficiale sanitario si prescinda da un limite di età massimo. In relazione a questo voto, il Ministero dell'Interno ha inviato al Prefetto della Provincia una nota nella quale si dichiara che:

1° Avuto riguardo alle esigenze del servizio di vigilanza igienica, può ritenersi abbastanza elevato il limite massimo di età stabilito dall'art. 75 del Regolamento 19 luglio 1905;

2° Le condizioni degli U. S. liberi esercenti attualmente incaricati sono state già prese in benevola considerazione con le disposizioni vigenti, sia per quanto si attiene alla dispensa eventuale dal concorso per coloro che si trovano nel caso contemplato dall'art. 206 testo unico, 1° agosto 1907, sia per quanto riflette le condizioni del limite massimo di età per l'ammissione al concorso e per coloro che nel periodo fra l'andata in vigore della legge 22 dicembre 1888 e la pubblicazione del Regolamento del 1906 avessero prestato, in base a nomina prefettizia, servizio di U. S. per la durata di almeno tre anni (art. 113 Regolamento 19 luglio 1906);

3° In considerazione che un progetto di legge per la riorganizzazione dei servizi sanitarii locali è già stato presentato al Parlamento, non ritiene il Ministro poter apportare ulteriori modificazioni alle disposizioni vigenti.

Contro le vessazioni politiche.

In seguito al licenziamento di alcuni colleghi, rei di non essere ascritti al partito socialista, i medici liberi esercenti di Milano hanno votato alla unanimità il seguente ordine del giorno:

«La Federazione Nazionale Medici Chirurghi liberi professionisti (Sezione di Milano), di fronte alla sopraffazione della libertà di pensiero politico nell'esercizio professionale, che si è esercitata a carico di esimi colleghi per parte di fazioni politiche, eleva la sua protesta e denuncia alla pubblica opinione siffatti sistemi settari, che ogni onesto deve deplorare».

I medici ferroviari di Milano.

I rappresentanti del Consiglio sezionale di Milano, Bologna, Torino, Genova, in seduta del giorno 1° febbraio 1921;

presa cognizione del licenziamento dei colleghi Centanni e Mogliazza dalla Cooperativa Suburbana Ferroviaria;

rilevato che detto servizio di assistenza sanitaria venne assunto da un gruppo di medici socialisti, con affermazione chiara ed esplicita che accettavano tale incarico a solo ed unico scopo di propaganda politica;

altamente stigmatizzando l'opera di questi colleghi;

deplorano che essi abbiano dimenticato che la nobile missione sanitaria deve essere mantenuta al di sopra e al di fuori di ogni competizione di parte.

Contro i Centri sanitari negli Stati Uniti.

La Società Medica di Bay Ridge, nell'adunanza del 14 dicembre 1920, ha approvato un ordine del giorno con cui dichiara di opporsi al progetto di legge Sage sui *centri sanitari,* perchè esso verrebbe a creare un nuovo macchinario statale farraginoso e ingombrante, in cui avrà larga ingerenza la politica, invece di mirare al miglioramento concreto dell'assistenza sanitaria; perchè i risultati pratici che se ne sperano sarebbero assolutamente sproporzionati alle spese, le quali graverebbero sul bilancio dello Stato già oberato; perchè i centri sanitari sono inutili, potendosi rimediare con mezzi semplici alle deficienze attuali dell'assistenza sanitaria; perchè l'intero progetto è visionario ed utopistico, in quanto che sarebbe impossibile trovare il personale sanitario specializzato indispensabile per alimentare tanti nuovi istituti; infine perchè il progetto ha carattere essenzialmente paternalistico, e quindi importerebbe conseguenze ancora più perniciose per il pubblico, che non la preconizzata assicurazione statale contro le malattie. (*New York State Journ. Med.*, gennaio 1921).

Per un senso d'imparzialità stimiamo doveroso di segnalare ai lettori del *Policlinico* questa deliberazione. L. V.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8669) *Medici teatrali.* — Dott. abbonato 10415. — Nè la legge nè il regolamento sanitario si occupano dei medici teatrali. Il trattamento economico di tali professionisti è regolato da particolari convenzioni con le singole imprese che gestiscono i teatri. E pertanto non vi sono diritti aprioristici da far valere, ma si avrà diritto a pretendere tutto quello che fu previsto nella convenzione con cui si fu assunti in servizio.

(8670) *Unione e soppressione di condotte.* — Dottore abbonato 9637. — I due Comuni, di cui è cenno, si possono unire in Consorzio per l'assistenza sanitaria non ostante che i rispettivi medici siano già stabili. La costituzione del Consorzio può essere promossa dai rispettivi Consigli comunali o dal Prefetto. Con la costituzione del Consorzio le due condotte si fondono e dovrebbero essere licenziati i medici di tutti e due i Comuni; però la dottrina comincia ora a delinearsi favorevole alla tesi di conservare in carica, come medico dello intero consorzio, il medico del Comune che ha meglio ed esclusivamente provveduto al servizio di assistenza sanitaria. Se rimarranno in servizio, ad ognuno di detti medici compete l'aumento di stipendio e la indennità caro-viveri dal giorno della relativa decisione della G. P. A. Tranne il caso del consorzio nessuna altra specie di fusione è possibile fra i due Comuni.

(8671) *Ricchezza mobile.* — Dott. L. B. da S. F. — Sullo stipendio di lire 7000 compete la ricchezza mobile di lire 605,50, oltre l'aggio all'esattore che varia da Comune a Comune.

(8672) *Concorso.* — Dott. V. C. da T. — Il concorso, cui è cenno sarà definito, ma ignorasi quando.

(8674) *Medico ospedaliero. Stabilità.* — Dottore abbonato 13316. — Se il regolamento interno dell'ospedale ammette che il medico primario dopo un determinato numero di anni di servizio resta nominato a vita ed Ella abbia superato il numero prescritto, non può più essere licenziato. Che se nulla di questo esiste e la sua nomina è senza determinazione di tempo, può sempre essere licenziata mediante congruo preavviso per trovare altro posto.

(8675) *Vaccinazioni - Iniezioni - Vaiuolo.* — Dottore C. A. da S. 11829. — L'asserzione di codesto ufficiale sanitario, è erronea. L'articolo 28 del Regolamento generale sanitario pone l'onere delle vaccinazioni a carico del medico condotto, ma ciò non toglie che altro professionista libero esercente possa praticarle egualmente. Il detto articolo non parla di esclusività ma di obbligo inerente alla carica; epperò se tutti si recano dal medico condotto questi non può rifiutarsi di eseguire le vaccinazioni richieste, ma se qualcuno preferisce altro sanitario, egli non può impedirlo ed obbligare la persona a servirsi di lui. Allorchè il libero esercente denunzia un caso di varricella o di vaiuolo deve provare, tutto al più, di aver dato opportuni suggerimenti per l'isolamento dello infermo e delle persone della famiglia e per le disinfezioni, ma non è affatto obbligato ad eseguire le vaccinazioni e le rivaccinazioni occorrenti al caso. Se la famiglia chiede immunizzazione mediante iniezioni di siero, il libero esercente può eseguirle mediante compenso, ma se nessuno le chiede, egli non è obbligato ad eseguirle di ufficio. Può, però, consigliarle come efficace mezzo profilattico.

Di tali ingiustificate pretese il libero esercente può informare il medico provinciale od anche il Consiglio dell'Ordine de' Medici della Provincia.

(8677) *Esercizio abusivo della professione sanitaria.* — Dott. abbonato 6594. — L'individuo di cui parla nel quesito esercita, nè più nè meno, che la professione medica, tuttocchè diversifichi dagli altri esercenti per il sistema di cura che si allontana completamente da quello normale. Epperò se egli non è fornito di laurea in medicina e chirurgia, è in contravvenzione alla legge sanitaria.

(8678) *Ufficiale sanitario.* — Dott. A. F. da S. B. — La visita alle case rurali non deve essere eseguita continuamente dall'ufficiale sanitario. Basta che egli si rechi una volta ogni trimestre per rilevare eventuali sopraggiunte cause di insalubrità. Non è il caso che il Sindaco ordini ispezioni e visite, mentre il funzionario può da sè stabilire giri di ispezioni quando, secondo la scienza e la propria coscienza, crede doveroso eseguirli nello interesse della pubblica salute. I rapporti fra Sindaco ed ufficiale sanitario sono nettamente fissati dalla legge. All'ufficiale sanitario competono le indennità stabilite dalla legge quando si reca fuori residenza per giro di ispezione.

(8680) *Indennità speciale.* — Dott. E. A. da R. — Se il capitolato non dice che la indennità speciale di lire 500 compete al medico *titolare della condotta*, che abbia servito per lo spazio di dieci anni ma accenna solo al medico che abbia *servito* il Comune per tale periodo ininterrotto di tempo, è ragionevole che la indennità in parola sia corrisposta anche all'interino, che abbia servito per dieci anni, giacchè egli si troverebbe nella condizione peculiarmente richiesta dal capitolato per simile concessione.

(8681) *Concorso a medico del carcere giudiziario.* — Dott. G. D. da S. — Essendo stato assodato il primo motivo addotto a giustifica della sua esclusione dal concorso, non resta che ad esaminare il secondo e, cioè, se sia valida la domanda indirizzata al Prefetto, anzichè al Ministero dello Interno. Da parte nostra, essendo la domanda destinata a far conoscere la volontà del professionista di partecipare alla gara, non potrebbe l'errore di indirizzo determinare la esclusione avendo anche con l'errore manifestata il concorrente la propria volontà di concorrere. L'importante era di far conoscere la volontà di concorrere prima che spirassero i termini fissati nel bando di concorso, e questo è stato fatto.

Non è possibile, intanto, chiedere che il concorso sia deciso dal Ministero, se il bando di concorso ne attribuisce la competenza al Prefetto. Allorchè sarà partecipato l'esito del concorso, si potrà produrre ricorso in linea straordinaria al Re per legittimità, cioè, per essersi violata la legge avendo escluso dal concorso un candidato che avrebbe avuto diritto di parteciparvi.

(8683) *Medico di reparto delle ferrovie - Ricorso.* — Dott. abbonato 11617. — Quanto Ella riferisce nel quesito costituisce una violazione di legge, cioè, delle condizioni imposte nel bando di concorso, e perciò può ben sporgersi ricorso in sede contenziosa dinanzi la IV Sezione del Consiglio di Stato.

(8684) *Medico provvisorio.* — Dott. G. B. da B. — 12637. — Il servizio che ora presta, non contradetto dal Comune è valido per la stabilità qualora in seguito vincesse il concorso che sarà bandito.

(8685) *Aumento quinquennale sullo stipendio.* — Dott. S. F. da A. — Il periodo di interinato è valido per l'acquisto della stabilità quando sia seguìto da regolare concorso, ma non per la maturazione dell'aumento quinquennale sullo stipendio, che decorre dalla nomina a titolare.

(8686) *Rimedio o specifico segreto.* — Dott. abbonato 1239. — Per ottenere che il suo preparato sia dichiarato rimedio o specifico segreto (da non confondersi con le specialità medicinali) occorre fare domanda e presentare campioni ed una relazione al Consiglio Superiore di Sanità.

(8687) *Stabilità - Biennio di prova.* — Dottore V. C. A. da V. di C. M. — I due periodi di interinato già fatti sono egualmente valutati nel biennio di prova. Ella, quindi, è già stabile.

(8688) *Stabilità - Periodo di prova.* — Dottore G. L. da E. — I periodi di servizio prestati in codesto Consorzio sono validi per l'acquisto della stabilità se saranno, però, seguiti da nomina in base a concorso.

DOCTOR JUSTITIA.

CONCORSI.

Bucine (*Arezzo*). — 3ª Condotta; L. 6000 lorde; L. 4500 nette per indennità cavalc.; indennità caroviveri come a impiegati dello Stato. Fino a 1500 poveri; oltre questa cifra, compenso a stabilirsi. Scad. 12 marzo.

Grammichele (*Catania*). — Condotta; L. 5000 con cinque quinquenni del decimo; L. 2 per ogni povero oltre il migliaio e L. 3 oltre i 2000, non oltre i 3000. Scad. 5 marzo.

Grosio (*Sondrio*). — Condotta; L. 6000; oltre i 1000 poveri L. 2.50 per povero; L. 900 indennità trasferta; L. 500 per uff. san.; L. 700 per bicicletta. Scad. 5 marzo.

Mazzo (*Sondrio*). — Condotta con Tovo, Vervio e Lovero; L. 6000; oltre i 1000 poveri L. 250 per centinaio; L. 1000 d'indennità trasferta; L. 500 quale uff. sani.; L. 2000 per cavalc.; alloggio gratuito. Scad. 10 marzo.

Monte Romano (*Roma*). — Condotta: ab. 2000 circa in un solo centro; L. 7000 lorde e L. 300 quale uff. san.; caro-viveri. Scad. 15 marzo. Servizio entro un mese.

Napoli. — Il Comune ha bandito i concorsi ai seguenti posti, per titoli ed esami:

Direttore del Laboratorio medico micrografico; stipendio iniziale L. 10,500 annue, aumentabili a L. 13,000 mediante tre quinquenni, i primi due dei quali di L. 1000 ed il terzo di L. 500, oltre le indennità di caro-viveri. Scad. ore 17 del 3 marzo.

Due medici assistenti presso l'Ospedale Domenico Cotugno; stipendio fisso L. 4500, oltre la indennità di trasferta di L. 300 e le indennità di caro-viveri. Scadenza ore 17 del 4 marzo.

Rapolla (*Potenza*). — Condotta: L. 3000 per soli poveri; indennità caro-viveri. Scad. 20 marzo.

Diffide.

Nuova diffida: Montubeccaria (Pavia).

Revoca di diffida: Consorzio Madignano-Frano (Cremona).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ai dottori Squire Sprigge e Danson Williams, redattori-capi (*editors*) del « Lancet » e del « British Medical Journal », è stata conferita una onorificenza nobiliare, in riconoscimento dei servigi da essi resi al giornalismo medico, alla professione medica ed al Paese.

Ci rallegriamo con i due valorosi ed eminenti sanitari per l'alta ed ambita distinzione.

Ordine della Corona d'Italia.

Grandi Ufficiali: dott. Ruggero Ravasini, Roma; dott. Gaetano Jappelli, Napoli.

Ufficiali: prof. Vincenzo Calò, Roma; prof. Giovanni Masnata, Stradella (Pavia).

Cavalieri: dott. Giuseppe Mindelli, Milano; dott. Luigi Cimino, Soveria Mannelli (Catanzaro); dott. Diego di Ciò, S. Pietro Avellana (Campobasso); dott. Ascanio Colucci, Squinzano (Lecce); dottore Giuseppe Novello, Schio (Venezia); dott. Riccardo Galeazzi, Roma.

Ordine Mauriziano.

Ufficiali: comm. dott. Antonio Perrotti, Lucito (Campobasso); dott. Enrico Villa, Milano; dottor Nicola Tecce, Teramo.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE.

Il caos postale.

Non vogliamo affliggere ancora i lettori con le nostre recriminazioni sull'andamento del servizio postale, ma limitarci ad un esempio tipico della insanabile crisi che lo travaglia.

Un nuovo abbonato. il dott. Vincenzo Zucchini, ci scrive da Faenza (via Castellani, 21) in data 18 febbraio:

« Facendo seguito alla cartolina della scorsa settimana, torno a insistere vivamente, perchè mi venga spedito con regolarità il *Policlinico*, Sezione pratica, dato che io sono in perfetta regola con l'Amministrazione. *A tutt'oggi mi sono giunti soltanto i primi due numeri dell'annata*, mentre agli altri abbonati di questa città ne sono già pervenuti quattro! ».

Intanto riceviamo di ritorno due fascicoli a lui spediti; essi recano la seguente scritta del portalettere:

« Si restituisce per la morte del mittente ».

L'insulsa trovata del postino valga di augurio all'egregio sanitario!

Il caso sarebbe certo da ridere, se non costituisse un indice della disorganizzazione, della paralisi, anzi dello sfacelo che si sono impadroniti irrimediabilmente del nostro servizio postale. Sicuri dell'impunità, agenti e impiegati si fanno lecite azioni negative, ostruzionismi ed arbitrî d'ogni genere; i superiori sono assenti o dormono, e quelli ne profittano per distruggere inesorabilmente e tranquillamente un servizio gelosissimo, indispensabile alla vita del Paese.

È forse per consolidare questi magnifici risultati che vengono, di tanto in tanto, inasprite le tariffe sino a renderle quasi intollerabili? Ma non è di questo che noi ci lagniamo: ci si faccia pure pagare, ma che il personale adempia con coscienziosità la sua delicata mansione e tutto il suo dovere. Noi chiediamo che si ripristini il servizio!

* * *

In seguito al nostro invito ai signori Abbonati, ci sono giunte numerose e documentate proteste che ci riserviamo di raccogliere e di presentare a S. E. il Ministro delle Poste.

L'Amministrazione.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie Italiane.

In occasione del II Congresso per le Industrie Sanitarie Italiane, che si terrà in Parma nel mese di giugno — a poco più di un anno di distanza dal I Congresso tenuto a Milano e riuscito, per numero e qualità di intervenuti, di notevole importanza —, si organizzeranno:

a) *una mostra di piante medicinali* (fresche, essiccate, in erbari e in modelli: possibilmente con indicazioni riguardanti la topografia delle varie piante, la loro diffusione nelle singole regioni, le possibilità di trasporto, ecc.);

b) *una mostra di macchinario per la raccolta, l'essiccamento, l'estrazione e la trasformazione delle piante medicinali.* La benemerita Federazione «Pro Montibus» darà a queste mostre tutto il suo appoggio morale e finanziario;

c) *una mostra di macchinario di uso chimico-farmaceutico in genere* (per la fabbricazione di pastiglie, di compresse, di cerotti, ecc.);

d) *una mostra di materiale di confezionamento* (vetreria in genere, flaconeria, etichette, cartonaggio, ecc.).

Saranno queste le prime mostre italiane del genere e gli organizzatori si propongono di incoraggiare con questa iniziativa l'incremento di industrie, che in Italia non sono ancora pervenute a quello sviluppo che è stato possibile raggiungere all'estero. Pertanto il Comitato Esecutivo Parmense del Congresso e delle Mostre, in accordo con il Comitato Centrale di Milano per le Industrie Sanitarie Italiane — presieduto dal chiarissimo prof. A. Bertazzoli — ha piena fiducia che l'iniziativa potrà trovare largo consenso in tutti coloro che hanno a cuore il fiorire delle nostre industrie sanitarie e la valorizzazione del patrimonio nostro di piante medicinali e aromatiche, che compendiano un problema nazionale di primo ordine.

Il Comitato Esecutivo — presieduto dal professore Adriano Valenti e di cui è segretario il dottore Giulio Pupilli — interessa perciò fin d'ora gli aventi interesse ed i simpatizzanti perchè vogliano portare il loro valido e prezioso contributo a quella delle Mostre su elencate che ha più stretti rapporti coll'attività che ciascuno di essi svolge con speciale competenza.

Il Comitato esprimerà con premi la propria gratitudine agli Espositori e, su richiesta diretta alla propria sede in Parma: via Collegio S. Caterina, 15, invierà il regolamento delle Mostre.

Per l'Ospedale civile di Palermo.

Rispondendo a due interrogazioni degli on. Maffi e Di Salvo, il sottosegretario all'interno, on. Corradini, ha dato notizia circa i risultati dell'inchiesta sul funzionamento dell'Ospedale Civile di Palermo, condotta con rapidità e rigore da un ispettore generale; ha esposto i provvedimenti adottati — denunzia all'autorità giudiziaria delle responsabilità di carattere penale e nomina temporanea del Prefetto a capo dell'Istituto, perchè ne studi il riordinamento, d'intesa con gli Enti locali interessati —; ha accennato al crescente e preoccupante passivo e promesso una sollecita ricostituzione del grande Ospedale, ottenuta liquidando, mobilitando e realizzando il cospicuo patrimonio immobiliare dell'Ente (rappresentato in massima parte dalla fondazione «Palagonia»).

Per l'Annuario Bibliografico delle Scienze Mediche.

La Presidenza dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sez. Medica) ci comunica:

La Direzione dell'*Annuario Bibliografico delle Scienze mediche* lamenta di non poter attendere in modo completo ai suoi impegni informativi, perchè non è messa a giorno di tutto il notiziario utile.

La detta opera, che è già giunta felicemente al suo quinto anno di vita, mira a diventare lo specchio fedele della stampa medica italiana, e perciò rende e renderà utilissimi servizi a tutti i cultori della medicina e contribuirà validamente alla diffusione all'estero della nostra produzione scientifica.

Rivolgo quindi un caldo appello ai Direttori, ai Redattori dei periodici medici ed agli autori di articoli ed opere mediche, di inviare all'ufficio di detto *Annunario* (Roma, piazza Vittorio Emanuele, 13) un esemplare di ogni loro pubblicazione, oppure un congruo cenno che permetta di essere recensito con esattezza. G. SANARELLI.

Contro il disservizio telefonico.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Firenze, preoccupato, specialmente per quanto riguarda le esigenze della assistenza sanitaria, del persistente e progressivo disservizio telefonico, ha inviata alla Direzione Compartimentale una vibrata protesta affinchè vengano al più presto eliminati quel disordine e quelle irregolarità delle comunicazioni telefoniche che intralciano e ritardano l'opera del medico, delle Associazioni di soccorso e degli Istituti Ospitalieri, con evidente danno di tutta la cittadinanza.

Le stesse proteste avrebbero ragione di essere in tutta Italia; ma temiamo che rimarrebbero ovunque lettera morta...

Studenti americani in Italia.

Sotto gli auspicî della Società Italia-America, alla fine di giugno partiranno da New York 250 studenti universitari che si recano a visitare l'Italia. Il viaggio si compie a scopo educativo; gli studenti si fermeranno nelle città principali visitando Istituti scientifici, Musei e Stabilimenti industriali.

I giornali americani commentano con entusiasmo l'iniziativa della Società Italia-America e si augurano che essa sia ricca di buoni risultati.

Per lo studio della tubercolosi.

Per incoraggiare lo studio dei mezzi per la prevenzione e la cura della tubercolosi, la «Hermepin County Tuberculosis Association» di Minneapolis, nel Minnesota (Stati Uniti), ha stanziato un fondo per sovvenzionare un'Associazione per ricerche sulla tubercolosi nella Scuola post-universitaria annessa all'Università di Minnesota.

Il candidato per l'Associazione deve essere un laureato della classe A del collegio medico. Egli deve dedicarsi a ricerche su qualche problema con-

cernente le cause, la prevenzione e la cura della tubercolosi. L'associato avrà 750 dollari il primo anno, con progressivi aumenti nel 2° e 3° anno, secondo richiederanno le condizioni.

Per le famiglie prolifiche in Francia.

Presso l'Accademia di Francia adunatasi sotto la presidenza di Poincaré, si è proceduto alla distribuzione di 90 premi di 25,000 franchi ciascuno, offerti dal sig. Cognac a 90 famiglie numerose giudicate meritevoli: queste 90 famiglie contano complessivamente 1222 figli: una di esse giunge a 20 figli, quattro ne hanno 19, tre ne hanno 18, cinque ne hanno 17, sei ne hanno 16.

Il colera nella Corea.

Sono stati denunziati nella Corea oltre 20,000 casi di colera, di cui oltre 9000 mortali.

Il medico del treno.

Il Governo giapponese ha stabilito che i principali treni in partenza da Tokio rechino un medico con i più indispensabili sussidî terapeutici e diagnostici.

Il Governo Svedese per la stampa medica.

Sul bilancio della Svezia sono stanziate 5000 corone, assegnate all'Associazione medica svedese, per coadiuvare la stampa dei tre periodici scientifici da essa editi. Gli «Acta otolaringologica» vengono sovvenuti con 4000 corone.

Creazione di Istituti di Maternità in Inghilterra.

Il ministro inglese della sanità, dott. C. Addison, rispondendo ad un'interpellanza alla Casa dei Comuni, segnalava che, durante una sola annata, 25 municipi hanno creato delle Maternità, e che altri 25 Istituti del genere sono sorti per iniziativa di società filantropiche.

Istituto psichiatrico per i bambini in Russia.

È stato fondato il 15 settembre 1918 a Pietrogrado. È un posto d'osservazione per i frenastenici. I ragazzi tra 6 e 7 anni che manifestano segni di anormalità vengono, dai maestri delle scuole, o dai genitori, o dai medici scolastici, inviati colà in osservazione; vi rimangono da 3 settimane a 2 mesi e, dopo essere stati classificati, vengono accolti in scuole per anormali.

Vi sono un direttore, 5 medici interni, 8 istitutrici e 16 persone di servizio, senza contare gli studenti di medicina che vanno a lavorarvi per lunghi periodi, contribuendo ad accumulare materiale d'osservazione.

Il bimbo o la bimba sono sottoposti a una serie di minuziosi esami fisici, con prove uditive, visive, mnemoniche, psico-analitiche, da cui emergono le caratteristiche psicopatiche del soggetto: un diagramma ne dà a colpo d'occhio la fisionomia morale-intellettuale.

I malati vengono divisi in tre categorie: *a)* idioti, per sviluppo intellettuale mancato o tardivo; *b)* amorali, violenti, mentitori, ladri, degenerati sessuali; *c)* neuropatici con semplici squilibri dell'individualità.

Si è spento a 84 anni il prof. WILHELM VON WALDEYER, che insegnò a lungo anatomia umana nell'Università di Berlino. Il suo nome è specialmente associato all'anello linfatico delle fauci, cui è stata riconosciuta tanta importanza nella genesi delle vegetazioni adenoidi. Ha studiato l'embriologia delle glandole genitali: l'epitelio germinativo è detto anche di Waldeyer. Ha compiuto una serie di altri studî importanti ed apprezzati.

B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 7 Marzo 1921 — Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA CHIRURGICA DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore professor R. ALESSANDRI.

Azione della rachianestesia sulle funzioni del fegato e del rene.

Dott. F. RANUCCI.

Dato il disaccordo, che regna fra i vari autori intorno all'azione che la rachianestesia esercita sul rene ho voluto interessarmi dell'argomento, toccando anche, sebbene entro limiti molto ristretti, il comportamento della funzione epatica. Questo ho fatto su numerosi pazienti ricoverati nella R. Clinica Chirurgica di Roma nell'anno 1920.

Alcuni autori, quali il Marcozzi, il Piquant, il Dreyfus, basando le loro conclusioni su dati sperimentali, sono d'accordo nel ritenere che la rachianestesia possa produrre delle lesioni renali.

Altri, come lo Schwartz, il Nasetti, l'Hosemann, il Csernak, il Feliziani, il Pandolfini, riferendosi a dati clinici, credono anch'essi che la rachianestesia possa essere causa di lesioni renali. A questa schiera di autori si oppongono i lavori del Kendirsdy, dello Chaput, del Bazzocchi, dell'Andrei secondo i quali la rachianestesia non sarebbe causa di alcuna alterazione renale. Tali autori si servono dei loro esperimenti sopratutto della stovaina e novocaina; in tesi generale essi propendono più per l'uso della novocaina che per quello della stovaina. Risulta che tutti gli autori studiarono la funzione renale con i mezzi più elementari (ricerca dell'albumina, zucchero, urea, sedimento). È per questo che io in un certo numero di casi allo studio delle alterazioni urologiche ho voluto

aggiungere ricerche speciali sulla funzione renale e come metodo ho scelto l'azotemia, non solo perchè questa è ritenuta uno dei metodi veramente fondamentali, ma anche perchè le ricerche di Ambart e Savidan hanno dimostrato che l'azotemia presenta notevoli ed improvvise modificazioni dopo l'anestesia generale.

Le ricerche da me eseguite riguardano complessivamente 67 casi. La rachianestesia fu ottenuta sempre con la miscela stovaina, novocaina, pari a 4 ctg. di stovaina e 2 di novocaina secondo la formula del prof. Alessandri. Le urine, prima dell'operazione, furono sempre normali, tranne in due casi, in cui esisteva una lieve albuminuria con qualche cilindro granuloso. Le ricerche furono iniziate fin dalla prima minzione post operatoria e continuate per circa una settimana. L'età dei pazienti, su cui fu praticata l'anestesia spinale, ha variato da un minimo di 16 anni ad un massimo di 75. Le operazioni praticate furono le più svariate ed il decorso post operatorio fu del tutto regolare.

La minzione fu quasi sempre spontanea. In qualche caso si ebbe paresi vescicale e meteorismo intestinale, che durò tre, quattro giorni e che cedette all'applicazione della sonda o alla somministrazione di un purgante. Un fatto costante fu la diminuzione della quantità complessiva delle urine, ed in un caso si ebbe anuria che durò circa 12 ore. In due casi si verificò diplopia transitoria, che scomparve nello spazio di 8 10 giorni. Nei due pazienti in cui l'albuminuria esisteva prima dell'operazione non si manifestò che un lievissimo aumento di questa senza che comparissero disturbi di sorta. Sopra 20 casi in cui ho ricercato la variazione dell'azoto nel sangue prima e dopo la rachianestesia ho trovato che dopo questa, l'azoto è sempre aumentato. Tale aumento (sempre in rapporto al valore relativo, ossia al per mille) però, mentre nelle urine si trova abbastanza marcato, nel sangue è assai scarso, ed è variato da 0.01 a 0.04 %. Non ho mai riscontrato la presenza di glucosio nè di acetone, nè di pigmenti biliari, nè di urobilina, nè di acido acetico. In 21 casi, cioè nel 34 % ho riscontrato albuminuria che non ha mai oltrepassato l'1 per mille. Sei volte tale albuminuria è comparsa nelle prime urine, emesse cioè in un intervallo di tempo che variava dalle 6 alle 12 ore dopo l'iniezione endorachidea. Cinque volte ho riscontrato cilindri granulosi e ialini. La durata di tale albuminuria in nessun caso oltrepassò il 7° giorno.

Con tutta probabilità la causa di tale albuminuria non dipende dall'azione della stovaina sugli epiteli renali, ma da un'azione sui centri nervosi. Infatti parecchie volte ho riscontrato l'albuminuria dopo 5-10 ore dall'iniezione, mentre per le esperienze di Rehn, si sa che la novocaina iniettata nel cavo rachideo si comincia a trovare nel sangue solo circa dopo 12 ore. Non fu mai riscontrata la presenza di pigmenti biliari, nè di urobilina. Anche le ricerche più elementari sul ricambio del glucosio furono negative.

Da queste ricerche e da quelle di molti altri, in genere concordanti con le mie, risulta quanto *siano lievi e fugaci le lesioni che l'anestesia spinale arreca all'organismo ed in special modo al fegato ed al rene.* Si deve ritenere quindi che essa possa essere applicata anche in pazienti affetti da lesioni renali ed epatiche con *molto minor pericolo per l'infermo della narcosi generale.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI.

Note cliniche sulla Encefalite letargica

per il prof. OTTORINO ROSSI, direttore.

L'encefalite cosiddetta letargica ha fatto, nello scorso anno, la sua comparsa anche in Sardegna. Poichè ho avuto occasione di studiarne un certo numero di casi, credo opportuno far conoscere i miei rilievi, considerando che per questa forma morbosa siamo ancora nel periodo di raccolta di quei dati analitici che dovranno servire a completare ed integrare la sintesi della sua fisionomia clinica. È del tutto estranea al mio scopo l'idea di presentare uno studio d'insieme; esporrò delle pure e semplici note cliniche personali, tenendo, naturalmente, presenti i quesiti più importanti.

I casi da me esaminati sommano a 29: 17 in individui di sesso maschile, 12 in donne.

Riguardo all'*età* si va da un minimo di 4 anni ad un massimo di 63. Nei varii decennii i casi sono così distribuiti: nel primo 1 D e 2 U; nel secondo 2 D e 3 U; nel terzo 2 D e 3 U; nel quarto 3 D e 4 U; nel quinto 1 D e 4 U; nel sesto 1 D ed 1 U; dopo il sesto 1 U ed 1 D.

In rapporto alla *stagione* rilevo che il primo caso l'osservai nell'ottobre 1919, seguirono due casi nel novembre ed uno nel dicembre; nel gennaio e febbraio 1920 si ebbe il massimo rispettivamente con dieci e nove casi, nel marzo si contano cinque casi, la serie è chiusa da un caso ai primi di aprile.

Sulla questione della *contagiosità* devo far riflettere che non ho mai incontrato più di un caso nella stessa famiglia, benchè i malati, specie quelli provenienti dai paesi dell'interno

della provincia, che furono i più, vivessero in case che lasciano molto a desiderare dal punto di vista igienico, e per quanto i famigliari non avessero adottate precauzioni nei loro rapporti col malato. Ho invece trovato, spesso, più di un caso nello stesso villaggio.

Nei *precedenti morbosi* nulla di univoco; la maggioranza dei miei malati era del tutto indenne da tara ereditaria o degenerativa, e non aveva avuto malattie precedenti di speciale rilievo, qualora se ne eccettui la malaria, forma comune nell'Isola; se tra quelli di sesso maschile non furono rari coloro che abusavano di vino, non si può dare al fatto il valore di una causa predisponente o coadiuvante, data la diffusione dell'intemperanza tra gli uomini, specie tra quelli dei paesi. Una delle malate aveva in precedenza sofferto di accessi convulsivi a tipo epilettico. Un uomo presentava il seguente carattere degenerativo: enorme sviluppo del muscolo pellicciaio, il quale si contraeva sinergicamente colla muscolatura dipendente dall'ipoglosso.

L'*inizio* della malattia fu ora subdolo, ora brusco; non si può per altro escludere che le inevitabili deficienze di auto-osservazione o di memoria, abbiano potuto contribuire a simulare casi ad inizio brusco. In un solo caso si ebbe avanti la malattia un periodo con una sintomatologia a carattere influenzale, con leggieri fatti catarrali broncopolmonari diffusi; dopo una quindicina di giorni dalla guarigione clinica di questa forma si manifestarono i fenomeni della encefalite.

La *sintomatologia* fu così varia che preferisco una esposizione analitica dei sintomi più importanti ad una descrizione di insieme.

I. SONNO. — In tutti i casi ho riscontrato una alterazione del sonno e più precisamente:

a) il più spesso sonnolenza patologica, più o meno profonda;

b) in un numero non scarso di casi insonnia tenace, ribelle alle cure medicamentose più comuni;

c) in altri casi, non rari, una vera inversione nel ritmo del sonno e della veglia; cioè possibilità di dormire di giorno, o magari sonnolenza patologica, con insonnia tormentosa e duratura la notte. Non mi pare che l'attenzione dei Clinici si sia portata su questo fatto.

Il primo di questi disturbi si presentò come sintoma iniziale, o come sintoma secondario; quello del secondo tipo l'ho osservato di rado come fatto primario, di frequente come secondario, spesso come fatto residuale; il disturbo di cui a *c*) lo trovai quasi sempre come fatto secondario o residuale, eccetto in un caso nel quale si manifestò senza essere preceduto nè da sonnolenza, nè da agripnia. In complesso, se è vero che esistono casi di encefalite senza letargia non solo, ma anche senza ipersonnia, non è meno vero che raccogliendo con cura i fatti che si riferiscono al sonno vi ho sempre trovato delle alterazioni.

Nella grande maggioranza dei casi i disturbi del sonno si resero evidenti dopo tre o quattro giorni dall'inizio del quadro riferibile all'encefalite; in un caso tardarono oltre il dodicesimo giorno; in un altro, a tipo letargico, si manifestarono fin dal primo giorno. I disturbi *b*) e *c*) furono di lunga durata; anzi in molti dei miei pazienti perdurano tuttora formando un postumo molestissimo; l'ipersonnia invece durò in media da tre a dieci giorni, in un solo individuo lo stato letargico si protrasse per quaranta giorni.

Nel tipo terzo si impone all'attenzione la circostanza che appena cala la sera i malati, i quali durante il giorno avevano sonnecchiato abbastanza, diventano irrequieti, leggermente ansiosi, e sono presi dall'agripnia.

II. CEFALEA, VOMITO, VERTIGINE. — In quasi tutti i miei casi questi sintomi si presentarono transitoriamente nel periodo iniziale. In un solo caso si ebbe vertigine grave, persistente per una decina di giorni, con i caratteri delle forme da irritazione del vestibolare.

III. SINTOMI OCULARI. — *a*) *Palpebrali*. — Rara la vera ptosi; nella grande maggioranza dei malati che si presentarono all'esame con le palpebre abbassate notai la mancanza di qualunque ruga di compenso; i pazienti sollecitati sollevavano le palpebre in misura normale. Insomma, fuori dei periodi di sonnolenza, piuttosto che fatti di paralisi o di paresi, trovai fatti a tipo astenico.

b) *Dei muscoli estrinseci del globo oculare*. — Degli individui da me esaminati tre soltanto presentarono vera paralisi dei muscoli estrinseci innervati dal III paio, una volta unie l'altra bilaterale; negli altri casi vi fu solamente insufficienza od astenia, in genere periodiche; l'insufficienza si restrinse il più spesso alla convergenza. Solo in due individui vi fu paresi del VI; in uno del IV. In relazione alla abituale variabilità e fugacità di questi fatti di insufficienza sta la variabilità del disturbo soggettivo a tipo diplopia. In uno dei casi citati la paresi del III era ancora evidente dopo quattro mesi, limitata però al retto interno.

Manifestazione invece non rara e più duratura fu il nistagmo, quasi sempre orizzontale.

c) *Dei muscoli intrinseci*. — In quattro casi soltanto ho osservato anisocoria, ed in altrettanti una spiccata miosi: negli altri le pu-

pille si presentarono di diametro un po' maggiore del normale. In quindici casi trovai alterato il riflesso pupillare all'accomodazione; solamente in 11 di questi stessi casi anche quello alla luce; pochi di questi pazienti presentarono una completa abolizione dei riflessi per i quali, come per la funzione dei muscoli estrinseci, riscontrai una notevole variabilità da un giorno all'altro, e spesso più esauribilità eccessiva che non mancanza o torpore. Come dicono le cifre esposte, si può riscontrare disturbato il riflesso all'accomodazione e non quello alla luce; quando entrambi sono alterati, l'alterazione è più grave; di regola, ma non sempre, per il primo. In tre casi ho osservato la scomparsa dell'alterazione di uno dei riflessi per far posto a quella dell'altro; in uno dei malati si ebbe dapprima grave torpore alla luce ed all'accomodazione; dopo un mese rigidità quasi completa alla luce, mentre il riflesso all'accomodazione era tornato abbastanza pronto ed esteso; dopo un altro mese si registrò invece perdita, si può dire totale, di quest'ultimo e ripristino all'incirca normale del primo.

d) Dell'innervazione del simpatico vegetativo. — In due casi ho notato gli elementi della sindrome di C. Bernard unilaterale e poco spiccata, senza fatti apprezzabili a carico della circolazione: scomparvero in 15 e 25 giorni rispettivamente.

e) Del nervo ottico. — Benchè nell'anamnesi dei miei malati udissi spesso parlare di disturbi soggettivi del visus fino all'amaurosi transitoria, pure soltanto in due, su sei di questi infermi che feci esaminare dallo Specialista, vennero rilevati fatti di lieve neurite.

IV. SINTOMI DI DEFICIT A CARICO DI ALTRI NERVI CRANICI DI MOTO. — In cinque casi ho registrato una paresi netta nel dominio del VII distribuita nel campo preferito dalla forma a sede sopranucleare e situata dallo stesso lato dal quale vi erano disturbi a carico dei muscoli degli arti; in tre di questi stessi casi, ed in un quarto, difetto di funzione del XII; nell'ultimo paziente la metà della lingua corrispondente alla paresi era flaccida e tremula e dopo una quindicina di giorni i suoi muscoli divennero un po' atrofici; negli altri casi la paresi mantenne i caratteri delle forme centrali anche per ciò che riguarda il lato della deviazione della lingua rispetto ai fatti a carico degli arti.

V. SINTOMI DI DEFICIT MOTORIO IN ALTRI TERRITORII. — In due soli casi riscontrai paresi dei muscoli di una metà del corpo, coi caratteri delle forme da lesione del neurone centrale; in due altri paresi, ed in uno ipocinesi, dell'arto superiore (due volte il sinistro, una il destro). Non ho osservato forme paraplegiche che si possano riportare, con la necessaria sicurezza, ad una speciale localizzazione di un processo della stessa natura di quello encefalitico, per quanto nel periodo dominante di questa, e poco dopo, abbia incontrato due casi di paraplegia riferibile a mielite, con caratteri un po' particolari ed a etiologia non chiara.

VI. MANIFESTAZIONI RIFERIBILI AD ECCITAZIONE DELLA VIA MOTRICE. — Preferisco questa dizione all'altra più concisa di «ipercinesie» perchè questa è impropria nello stesso senso in cui lo sono altre dizioni, p. es., quella di iperalgesia, le quali parrebbero accennare ad una variazione funzionale puramente quantitativa, mentre è noto che, in genere, il disturbo al quale si riferiscono ha anche un componente qualitativo. Nei miei casi ho osservato:

a) Movimenti coreiformi. — Credo non inutile soffermarmi brevemente a questo proposito per far notare che nei casi da me studiati questi movimenti si distinguevano da quelli della comune corea infantile, non tanto per l'ampiezza, la durata o la bruschezza, quanto per una maggiore complessità. Essi non riproducevano solo parti di un atto volontario con un movimento dovuto all'azione di un sol gruppo muscolare, p. es., flessione, adduzione, estensione isolata, come si verifica nella corea, ma movimenti volontarii più completi, risultanti di più atti e spesso riproducenti manifestazioni cinetiche dirette ad uno scopo, p. es., soffiare, sporgere la lingua, battere l'una mano sull'altra, ecc.

I pazienti, interrogati naturalmente nei periodi di lucidità, affermavano di non poter assolutamente frenare il movimento involontario; invitati energicamente a tentarlo, talora lo sospendevano per un tempuscolo, lagnandosi di provare una specie di ansia nel mantenersi immobili.

I movimenti coreiformi vennero da me rilevati in cinque casi e sempre nel periodo di stato della forma morbosa; non li ho mai visti nel periodo residuale o come postumi. In quattro malati erano generalizzati; in uno, se non localizzati, almeno molto prevalenti, al lato sinistro, con esclusione dei muscoli del viso.

Ricordo qui che anche Marie ha notato che nell'encefalite i movimenti sono meno disordinati che non nella corea.

b) Mioclonie. — Manifestazione frequente sopratutto nel periodo residuale, non rara neppure come postumo. In alcuni casi la loro distribuzione e diffusione era tale da lasciar chiaramente pensare ad una origine corticale: così in due malati vidi presentarsi le mioclonie

contemporaneamente ai muscoli innervati dal facciale inferiore ed a quelli della mano dello stesso lato; in un altro ai muscoli periorali e a quelli del pollice; in un terzo comparire prima al viso, poi alla mano, poi all'avambraccio ed al braccio. Come ho detto, nei casi da me veduti, le mioclonie comparvero anche nel periodo residuale e in due casi si mantennero per oltre tre mesi.

c) Spasmi muscolari localizzati. — Più rari delle mioclonie, ma però non infrequenti specialmente nel dominio dello spinale, del frenico, nei muscoli della spalla e del braccio, in quelli della coscia ed in quelli della parete addominale, con manifestazioni di moto varie a seconda della localizzazione; merita di essere ricordato il singhiozzo per le forme a carico del frenico e dei muscoli addominali. Si presentarono con le caratteristiche degli spasmi comuni; però, in generale, mi parvero un poco più lenti, direi progressivi, nella loro estrinsecazione. Mi sembrano tra le manifestazioni più tenaci della malattia; seguo ancora dei pazienti nei quali durano, postumo tormentoso, da otto e nove mesi. La volontà dei malati riesce talora ad impedire per qualche tempo la manifestazione; la sospensione volontaria provoca senso di malessere ed è talora accompagnata dal presentarsi di spasmi, di minore intensità ed ampiezza, in altri territorii muscolari.

Gli spasmi da me osservati cessavano nel sonno, ma se il malato veniva svegliato ricominciavano, ancora prima che egli avesse ripreso completamente la coscienza.

I muscoli sede del fenomeno non presentarono, anche dopo lungo tempo, fenomeni trofici notevoli. Per quanto riguarda la loro eccitabilità elettrica ho notato che essi, ed il nervo corrispondente, non offrivano variazioni quantitative rilevanti nè con la corrente galvanica, nè con la faradica; però con entrambe fu impossibile di ottenere contrazioni minime come si possono avere nel normale; appena si arrivava alla intensità capace di dare contrazione si avevano subito contrazioni diffuse ed energiche come scosse; il fenomeno non si modificò sensibilmente variando il voltaggio per la corrente galvanica, il numero delle interruzioni, la corrente primaria con la secondaria, per la faradica.

d) Convulsioni a tipo epilettico. — Vennero osservate da me soltanto in due casi; ebbero dapprima carattere jacksoniano e poi si generalizzarono. Uno solo di questi casi è utilizzabile nello studio delle manifestazioni encefalitiche, poichè l'altro si riferisce alla donna ricordata che aveva sofferto di fenomeni di epilessia anche in precedenza. In questa malata, da me presentata agli Studenti, posi la diagnosi di «cerebropatia pregressa; encefalite così detta letargica sopravvenuta»; la diagnosi venne confermata dalla necroscopia. Il collega Vanzetti rilevò infatti una calcificazione, a placche, della pia cerebellare ed i fatti macroscopici della encefalite; l'esame isto-patologico dimostrò le alterazioni tipiche di quest'ultima, diffuse anche alla corteccia. Nell'altro caso la distribuzione delle convulsioni iniziali, ed il loro modo di diffondersi, parlavano nettamente per un'origine corticale o sottocorticale.

e) Tremore. — Lo incontrai soltanto in tre casi i quali presentavano anche dei fenomeni di rigidità muscolare; si trattava di un tremore delle dita con piccole oscillazioni nelle tre direzioni, ma più nella verticale (mano distesa), a ritmo rapido, poco influenzabile dalla volontà.

Dopo queste manifestazioni credo opportuno ricordarne altre che possono forse avere, almeno in parte, lo stesso meccanismo patogenetico, ma che preferisco tenere distinte, non avendo argomenti sufficienti per chiarirlo con una certa esattezza. Voglio parlare del «trisma» transitorio che ho visto in due malati e di uno «stato di rigidità dei muscoli» che ho rilevato in quattro casi, in tre generalizzato, circoscritto ai muscoli dell'arto superiore sinistro nell'altro.

Prima di chiudere questo paragrafo devo ancora dire che le varie manifestazioni di cui ad *a)* e seguenti le ho trovate di rado uniche e costanti; nella grandissima maggioranza dei casi le vidi o coesistenti tra loro, almeno in qualche periodo del decorso, o succedentesi, p. es., le mioclonie ai movimenti coreiformi, gli spasmi alle mioclonie od anche in senso inverso.

VII. DISTURBI DELLE SENSIBILITÀ. — All'inizio di parecchi casi, nel periodo conclamato in più scarsi pazienti, come postumi in pochi, ho trovato dei dolori a tipo neuralgico localizzati sempre nel dominio dei plessi cervico-brachiali ed, eccetto in un caso, da un lato solo. Per quanta cura abbia posto nelle ricerche dirette a mettere in evidenza degli eventuali disturbi delle sensibilità coi metodi oggettivi, non ho mai trovato, nei malati sufficientemente lucidi, alcun disturbo, neppure nella discriminazione degli stimoli; reperto che contrasta coi rilievi di alcuni malati i quali accusarono per qualche tempo senso di intorpidimento agli arti, spesso da un sol lato. I dolori furono particolarmente intensi ed ostinati; in un caso erano localizzati nel territorio del mediano ed avevano veramente i caratteri della forma detta causalgica.

VIII. MANIFESTAZIONI A CARICO DEI RIFLESSI. — Come in altre funzioni, così in quella dei riflessi ho trovato una grande variabilità da caso a caso, e nei varii periodi di uno stesso caso, più che una modificazione a tipo costante. Nei casi con sintomi di emiparesi ho incontrato due volte segno di Babinski incostante ed incompleto; rilievo non infrequente fu quello del torpore e di una notevole esauribilità dei riflessi patellari e talora anche degli altri riflessi tendinei in diversi casi a sintomatologia tipica ed anche a sintomatologia cosiddetta ipercinetica; nei due casi, citati più sopra, che presentarono fatti convulsivi ho notato questo fatto anche dal lato dove le convulsioni comparvero prima; nel periodo di stato di un caso, con notevole rigidità muscolare, ho osservato invece esagerazione di tutti i riflessi profondi.

IX. DISTURBI DEGLI SFINTERI. — Nei malati lucidi ho osservato una volta sola, in una donna, con prevalenza di fenomeni di rigidità muscolare, perdita involontaria delle orine.

X. DISTURBI PSICHICI. — Nei casi a tipo comune ho notato, naturalmente all'infuori dei periodi di sonno patologico, torpore mentale, attonitaggine, difetto di intraprendenza, povertà di movimenti volontarii. Come fenomeno del periodo iniziale quasi sempre, di rado più tardi, ho riscontrato degli stati allucinatorii con prevalenza di allucinazioni visive. In un caso lo stato allucinatorio durò oltre una diecina di giorni.

Come postumi parecchi malati mi denunciarono senso di difficoltà al lavoro mentale, difficoltà di rievocazione, e senso di Benommenheit.

XI. DATI RICAVATI DALL'ESAME DEL LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO. — Di regola non ho trovato modificazioni qualitative nè dal punto di vista chimico, nè da quello morfologico: anche la reazione Boveri non mi diede, nella maggioranza dei casi, che riduzione assai scarsa e soltanto dopo dieci o quindici minuti. In tre casi riuscì positiva la sola reazione Boveri; in uno questa ed anche la fase I di Nonne ed Apelt (malata venuta a morte); in un altro solo quest'ultima.

Riguardo alle variazioni quantitative morfologiche notai in tre casi lieve aumento nel numero dei linfociti; vera linfocitosi vidi solo in un caso, tre giorni dopo l'inizio della malattia che, al momento dell'esame, era caratterizzata da grave allucinosi e movimenti coreiformi.

L'unica variazione quantitativa delle sostanze normalmente contenute del liquido fu l'aumento del glucosio; anzi posso dire che tale aumento persisteva anche sette mesi dopo in un individuo che presentava come postumi solo dei disturbi vaghi. La determinazione venne fatta col mezzo della produzione del fenilglucosazone

XII. FATTI GENERALI. — *a) Temperatura.* — Nei casi osservati direttamente ho trovato all'inizio aumenti, saltuarii per altro e non molto cospicui, della temperatura: nella donna venuta a morte si ebbe iperpiressia solo nel periodo delle convulsioni succedentisi in serie, anzi avendo queste ceduto, in parte, alla terapia sintomatica, si ebbe un intervallo di apiressia. Per ciò che riguarda i casi osservati solo in periodi lontani dall'inizio potrei affermare che il decorso fu apiretico almeno in quattro, trattandosi di soggetti istruiti, che avevano cura del proprio stato ed erano capaci di una sufficiente auto-osservazione; altri malati esclusero pure di avere avuto febbre, ma accetto la loro affermazione solo nel senso di ammettere che non ne abbiano avuta di elevata, essendo persone non molto sensibili e poco attente; sommando questi casi ai quattro di cui sopra, si avrebbero nove casi che decorsero senza aumento di temperatura o con elevazioni minime.

b) Fenomeni a carico dell'apparato circolatorio. — Non ho rilevato disturbi primitivi importanti; il polso però si presentò in genere un po' frequente e piuttosto molle. Il riflesso oculo-cardiaco, normale in 18 individui, si presentò esagerato in nove, e negli altri due prese aspetto paradosso.

c) Fenomeni a carico dell'apparato digerente. — Non ho visto direttamente, nè ho udito riferire dai miei malati, di disturbi intestinali come sono facili ad incontrare nella forma di Heine-Medin.

d) Orine. — In quattro casi ho trovato albuminuria notevole accompagnata da cilindruria manifesta; si trattò sempre di casi con movimenti coreiformi o mioclonici diffusi, dove non vi erano altre cause capaci di dare questi sintomi renali.

Col migliorare dei fenomeni dovuti all'encefalite migliorò anche la condizione del rene; però in un caso vi è tuttora, dopo nove mesi, lieve albuminuria. In un solo caso ho trovato traccie di glucosio nelle orine.

Insieme agli accennati disturbi generali devo ricordare che nella maggioranza dei casi rimase una spiccata anoressia, e che in tre ho notato, dopo un paio di mesi, un dimagrimento notevole, per quanto gli ammalati si nutrissero a sufficienza.

XIII. DECORSO. — Degli ammalati da me esaminati uno solo è morto (la donna già ri-

cordata). Naturalmente non prendo questa cifra come indice della mortalità della malattia, poichè noto che molti casi gravi non vennero alla mia osservazione, essendo sparsi in villaggi lontani e difficilmente raggiungibili.

Negli ammalati superstiti, cessate le manifestazioni del periodo di stato, osservo ancora postumi sopratutto nelle forme ipercinetiche, come ho già avuto occasione di dire più sopra.

Aggiungerò che in tutti i casi nei quali venne fatta eseguire la reazione di Wassermann (dodici), questa diede risultato negativo; venne saggiata quattro volte anche sul liquido cefalo-rachidiano, con lo stesso esito.

Se, dopo questa analisi dei sintomi osservati, mi volessi accingere a rispondere alla domanda se e come convenga raggruppare i varii casi, dovrei naturalmente estendere il mio studio alla casistica dei numerosi Autori che mi hanno preceduto, il che, come ho detto fin dal principio, è fuori del mio modesto programma. Come opinione personale credo che, allo stato attuale delle conoscenze, non sia opportuno il frazionare il quadro della encefalite in troppe varietà, come dimostra tendenza a fare la Scuola francese; tuttavia, quando si rimanga bene intesi sul fatto che vi sono numerose forme di passaggio, e che, in periodi diversi, la malattia può assumere diversi aspetti, non sarebbe del tutto fuori di luogo lo stabilire la fisionomia clinica di alcuni tipi anche a scopo di giovarsene nella diagnosi differenziale dell'encefalite.

A mio parere si potrebbero fissare i seguenti tipi: *a*) *Forma comune con la sintomatologia classica;* *b*) *Forma con prevalenza del fenomeno dolore*. Se è esagerato il parlare di una « nevrassite epidemica » come vuole Sicard, si deve però tenere presente che vi sono casi dove l'encefalite decorre con pochi segni generali, mentre le algie costituiscono il fenomeno predominante, e dove la diagnosi può essere assai difficile, dato che il sintoma « insonnia », che qui sostituisce spesso la sonnolenza, potrebbe essere interpretato come un epifenomeno del dolore. In questi casi i piccoli fatti generali, che possono essere rintracciati con una accurata anamnesi, acquistano un grande valore. Importanza diagnostica ha il trovare l'inversione nel ritmo tra veglia e sonno e l'iperglicosuria nel liquido cefalo-rachidiano; *c*) *Forma a manifestazioni irritative*. Riguardo ai problemi che sono stati posti, sopratutto in considerazione della varietà con movimenti coreiformi, credo non inutile far notare ancora che nei miei casi rilevai fenomeni abbastanza differenti da quelli che si hanno nella corea comune, ed aggiungere che nel periodo dominante della encefalite ho osservato casi di questa nella stessa proporzione degli altri anni, con lo stesso decorso e con la solita influenzabilità di fronte alla terapia arsenicale che nell'encefalite non ha dato risultati tangibili; *d*) *Forma con prevalenza della rigidità muscolare*. Io pure ho incontrato qualche caso dove fin dal principio si osservò un quadro nel quale l'elemento principale era quello di una certa rigidità muscolare, ma a vero dire non ho trovato che questo avesse con la malattia di Parkinson tutte quelle affinità sintomatologiche che descrivono alcuni Autori francesi. A questo proposito desidero rilevare come nell'encefalite la fissità della fisionomia dipenda spesso non da un fattore periferico — rigidità muscolare —, ma da un fattore centrale di ordine psichico — torpore dei processi di percezione e di associazione — con conseguente amimia da mancato motivo (già Dubini e Grocco hanno efficacemente parlato di « attonitaggine »). Così la povertà dei movimenti volontarii spontanei ha spesso più i caratteri dell'acinesi, che non quelli dell'inattività secondaria allo sforzo che, a causa della rigidità, i movimenti volontarii costano. Ancora su questo punto aggiungerò che dopo la comparsa dell'encefalite non ho, fin'ora, osservato un aumento nel numero dei parkinsoniani che ricorrono alla Clinica.

Nota. — Durante la stampa di queste mie « Note » ho però avuto occasione di vedere due malati nei quali, dopo l'encefalite, si è sviluppato un quadro clinico che, per i suoi sintomi, non sarebbe possibile distinguere da un vero Parkinson.

RIVISTE SINTETICHE.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. V. ASCOLI.

La terapia chininica delle malattie di cuore.

RIVISTA SINTETICA.

per il dott. GINO MELDOLESI, assistente.

L'uso terapeutico del chinino nelle malattie di cuore non è di data recente. Ne troviamo accenni nel trattato di patologia medica del Giacomini quale farmaco depressore dell'attività cardiaca; Huchard, Cantani lo consigliarono associato alla digitale, come tonico. Sono però brevi cenni, pochi tentativi, dopo i quali cade in disuso, quando il campo della terapeutica del cuore è tenuto dai cardiotonici; ed i farmaci depressori, quali l'oppio, il chinino e i loro derivati, vengono considerati terribili veleni del cuore e messi al bando, perchè solo capaci di dare collasso e fenomeni di asistolia. Ciò, nonostante la scuola clinica di Roma dimostrasse, con la pratica quotidiana della chininizzazione antimalarica anche per via endovenosa, che il chinino è incapace di quei tanto temuti accidenti cardiaci e respiratorii, di cui autori anche moderni si fanno portavoce.

Se il chinino e i suoi derivati hanno azione depressiva sul muscolo cardiaco, non è questo motivo di escluderlo dalla terapia. Nella fisiologia, il cuore funziona nell'alterna vicenda del vago e dell'acceleratore, di azioni nervose cioè depressive ed eccitatrici. Così nella patologia, di fronte a fatti di ipereccitabilità o di ipereccitazione cardiache è logico pensare di contrapporre mezzi terapeutici cardiodepressori.

Wenckebach propose la terapia chininica delle cardiopatie, iniziando dalla fibrillazione auricolare, dove i concetti prevalenti facevano risalire la patogenesi a un delirio di stimoli, a cui l'orecchietta si trova in preda; delirio che doveva essere modificato dal chinino. Comunicò due casi con risultato favorevole (1).

Venne una nuova serie di ricerche sull'animale e sull'uomo: sperimentali e cliniche. Sull'animale, sul cuore isolato di rana, sperimentò Santesson (2); sulla cavia Schott (3); sul coniglio Hoffmann (4); sul cane Pezzi e Clerc (5), Winterberg (6); sull'uomo, Bergmann (7), Pongs (8), Winterberg (6).

Riassumo i risultati dei diversi autori.

L'azione del chinino è duplice: generale, sul sistema nervoso centrale; locale, sulla muscolatura cardiaca. Tali effetti, in certo qual modo antagonistici, si susseguono fra loro: specialmente se si usa la via endovenosa, si può determinare facilmente che l'azione generale eccitatrice nervosa precede la locale depressiva muscolare. Per piccole dosi, prevale l'eccitazione dei centri nervosi; per forti dosi, e fino ai fenomeni tossici, quella topica cardiaca.

Studii sperimentali del Winterberg (6) fatti praticando iniezioni endovenose di chinino in cani, ed escludendo o isolando il circolo sanguigno cerebrale (isolando perciò l'azione generale dalla locale e confrontando i risultati) dimostrano, in primo tempo, una azione stimolatrice dei centri dell'acceleratore cardiaco: stimolazione creno- e dromotropa positive. Aumento di frequenza delle contrazioni cardiache tale da portarla, nell'uomo normale, improvvisamente da 80 a 120 per minuto. Diminuzione del tempo di latenza atrioventricolare (P-P.) tale da far scomparire la dissociazione atrioventricolare in due casi di blocco atrioventricolare e da far sospendere un blocco seno-auricolare. Pezzi e Clerc parlano di paralisi del vago e dell'accelerante, ma le esperienze di Winterberg dimostrano che queste intervengono solo molto tardi e per dosi prossime all'avvelenamento. L'azione diretta sulla fibra muscolare cardiaca è dimostrata dalle esperienze di Santesson (2), di Scott (3), di Boden (9); azione depressiva, che, a dosi tossiche, determina l'arresto in diastole. Diminuisce l'eccitabilità della fibra muscolare cardiaca in generale e specialmente di quella del sistema specifico cardiaco, che è l'organo non solo di trasmissione, ma anche di elaborazione degli stimoli (Hering) (10). In primo tempo questa azione si esplica sui nuclei del seno, di cui deprime l'eccitabilità; onde rallentamento del ritmo normale, quando sia scomparsa o esclusa l'azione cronotropa positiva dell'acceleratore. Il rallentamento ha carattere progressivo, fino all'arresto. Secondariamente si ha una depressione della conducibilità del sistema seno-auricolare e, specialmente, atrioventricolare, dimostrata questa da allungamento progressivo dell'intervallo P-R., fino a condurre, nel corso dell'avvelenamento, a fenomeni di mancanza periodica di sistoli, e, più tardi, a disordini più gravi nella conduzione degli stimoli (ritmo 3:2, ritmo dimezzato).

Nonostante il blocco tossico, nonostante la conseguente bradicardia, talora rilevante, *mai insorge l'attività automatica del ventricolo*, la quale viene dal chinino completamente abolita. In questo l'azione è perfettamente antagonistica a quella della digitale.

Per opera del chinino compaiono anche alterazioni caratteristiche nella forma dell'elettrocardiogramma. L'onda P diventa tozza, larga, poi si sdoppia e infine si fa difasica. La R si

fa più piccola solo in stadii avanzati di avvelenamento, poi assume la forma di estrasistoli destre o sinistre, a dimostrare una lesione tossica profonda dei fasci ventricolari di Tawara (Boden) (9). La S si approfondisce notevolmente (Hecht e Matkof) (11). La T diviene, per dosi piccole e inizialmente, più piccola, poi a mano a mano va ingrandendo fino ad assumere proporzioni maggiori anche della R.

Riassumendo, l'azione depressiva sul sistema specifico atrioventricolare si verifica dapprima sui nuclei del seno, poi sul fascio di His e sulle sue diramazioni.

* * *

Gli usi terapeutici e i risultati sono svariati e talora hanno dato luogo a polemiche vivacissime fra i varii sperimentatori. Chi preferisce la chinidina, meno tossica: Frey (12), Wisser (13), Klewitz (14), Schott (3); chi sconsiglia la via endovenosa: Pezzi e Clerc (5), perchè pericolosa, benchè la scuola di Wenckebach, con centinaia di esperienze, escluda la possibilità degli incidenti lamentati.

Le dosi sono, per il chinino, dai 75 ctgr. ai 2 gr. frazionati nella giornata per *os.;* dai 25 ai 50 centgr. per via endovenosa. Per la chinidina, da 60 ctgr. a 1 grammo *pro die* per *os.* Bergmann consiglia dosi maggiori fino a 3 gr. di chinino giornalieri per bocca, a cura prolungata, nella fibrillazione auricolare.

Wenckebach lo associa volontieri alla digitale e alla stricnina (polv. foglie digitale centigr. 10; chinino muriatico ctgr. 75; stricnina mgr. 1, divisi in tre carte, nella giornata).

Il chinino è stato fino ad ora sperimentato nelle forme di aritmia e di tachicardia. Nella *tachicardia essenziale* (tachicardia del seno) gli effetti sono lievi e pochi; un leggero rallentamento; forse perchè tali tachicardie sono sintomatiche di fenomeni tossici, o tubercolari, o nervosi, sui quali il chinino non ha alcuna influenza.

La *tachicardia auricolare* viene leggermente migliorata; il ritmo dell'orecchietta rallenta di poco; però, nei casi di vibrazione auricolare, il rallentamento non compensa l'aumento di trasmissione degli stimoli, per il quale questi vengono tutti trasmessi, avendosi in realtà un aumento della frequenza ventricolare, cioè una tachisistolia di origine auricolare. In tali casi è più consigliabile l'associazione digitale-chinino (Winterberg).

Nella *tachicardia ventricolare* (parossistica) l'effetto è pronto e completo, secondo l'affermazione concorde degli autori. Un'iniezione intravenosa di 50 ctgr. di chinino spezza la violenza dell'accesso. Però non bisogna, in questi casi, accontentarsi di tale intervento di urgenza; bisogna insistere per parecchi giorni nella chininizzazione per *os*, e sopratutto sforzarsi di eliminare la causa dell'affezione. Ricordo una mia paziente, tormentata da accessi di tachicardia parossistica ventricolare, ripetentisi parecchie volte nella giornata, troncati e sospesi dal chinino, salvo riprendere quando questo fu sospeso. Gli accessi scomparvero solo al termine della cura di un'affezione intestinale, che ne rappresentava il momento etiologico.

Nell'*estrasistolia* il chinino è ottimo mezzo terapeutico: per *os* 50 ctgr. *pro die*, associati a 2 mgr. di stricnina. Questo fatto è conforme ai nuovi concetti che ravvicinano la patogenesi delle estrasistoli a quella della tachicardia parossistica (Kaufmann e Rothberger) (15). Al chinino cedono più le estrasistoli ventricolari. Le altre risentono più effetto dalla stricnina o dalla digitale a piccole dosi (10 ctgr. o meno di foglia di digitale al giorno (Wenckebach).

Nel *blocco cardiaco* gli effetti della cura chininica dipendono dalla influenza che ancora può avere sulla funzione cardiaca la stimolazione dell'accelerante. Se questa si dimostra ancora efficace nella prova del lavoro come in due casi di dissociazione atrioventricolare e in uno di blocco seno-auricolare riportati da Winterberg (loc. cit.) e in un caso di mia personale esperienza, che il chinino ha ottimo effetto: fa scomparire per qualche tempo la dissociazione, che in seguito viene molto migliorata. Nei casi in cui la stimolazione ha effetto di aggravare il blocco, non ha effetto alcuno (Semerau (16).

Ed ora passiamo all'argomento più dibattuto e più controverso: la cura chininica della *fibrillazione auricolare.*

Wenckebach la propose per il primo, partendo dal concetto di un'azione diretta sul fattore patogenetico, cioè sull'enorme aumento di stimolazioni nel sistema specifico auricolare.

Sulla fibrillazione sperimentale il chinino ha davvero un effetto grandissimo. In un cuore avvelenato col chinino, i comuni mezzi sperimentali (faradizzazione, sali di bario, ecc.) non sono capaci che difficilmente di provocare la fibrillazione: Hoffmann (4), Hecht e Rothberger (7). Nel cane, un accesso di fibrillazione provocato da avvelenamento con barite può essere troncato dal chinino per via endovenosa: Winterberg (6). Un cane avvelenato con la barite fino a far insorgere l'attività automatica ventricolare, mentre lasciato a sè muore, viene salvato dal chinino. Così pure negli avvelenamenti da digitale.

A tali risultati sperimentali corrispondono casi brillanti di guarigioni di fibrillazioni auricolari di antica data e permanenti: due casi

riportati da Wenckebach, uno da Schott (loc. cit.) altri da Clerc e Pezzi (loc. cit.), da Bergmann e scuola, entusiasti della cura chininica.

Però ulteriori ricerche su larga scala sembrano attenuare la portata di questi risultati. Winterberg su 100 casi segnala solo in 10 buoni risultati (6); Wisser, su 11 casi, 4 guarigioni con chinidina. Fray 8 casi su 40. Klewitz 1 su 15.

Una fibrillazione tossica sperimentale viene modificata dal chinino: così, per esempio, nei casi provocati da uso inconsulto di digitale nella vibrazione auricolare.

In ogni caso, il meccanismo di guarigione si compie a gradi: passa attraverso stadii di tachisistolia, di vibrazione auricolare, fino al ricomparire del ritmo normale (Schott, loc. cit.).

La discordanza di risultati è determinata dalla patogenesi diversa dei diversi casi di fibrillazione auricolare. Il chinino ha effetto in quei casi dove essa è sostenuta da momenti tossici, funzionali, o da dilatazione dell'orecchietta (Wisser), perchè in questi casi il farmaco agisce oltre che sull'eccitabilità delle fibre muscolari, anche direttamente sul processo morboso. È completamente insufficiente, dove è in atto una profonda modificazione nella struttura e nella funzionalità del sistema specifico cardiaco.

In conclusione: il chinino è mezzo terapeutico degno di esser tenuto in considerazione anche dal medico pratico, nei così detti casi di ipereccitabilità e di ipereccitazione della muscolatura cardiaca. Usato a tempo e modo, può dare effetti brillanti, pronti, duraturi. Associato a digitale, nel diminuirne gli svantaggi dovuti all'azione specifica eccitante e talora irritante la cellula del sistema specifico, ne aumenta la tollerabilità anche in quei casi dove la digitale suole dare effetti sfavorevoli, per fatti idiosincrasici.

Certo, come tutte le cure moderne, non è completamente studiata in tutti gli aspetti, in tutte le modalità. Meriterebbe di esser coltivata anche in Italia, dove per prima la scuola clinica di Roma la portò alla luce della scienza.

Ricordiamo che, quando Wenckebach dalla cattedra consiglia l'iniezione intravenosa di 1/2 grammo di chinino negli accessi di angina di petto, non fa che ripetere quanto già anni e anni fa il nostro Belletti ha insegnato.

LETTERATURA.

1. WENCKEBACH. *Die unregelmässige Herztätigkeit.* Lipsia, 1914.
2. SANTESSON. Arch. f. exp. Path. u. Pharm., vol. 32.
3. SCHOTT Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1920, 134/3, pag. 208.
4. HOFFMANN F. B. Zeitschrift für Biologie, vol. 68-71.
6. WINTERBERG. Atti dell'86° Congresso delle Scienze naturali e mediche. Bad-Nauheim, settembre 1920; riass. Cuore e vasi, 1920, n. 10.
7. BERGMANN. Münch. med. Woch., 1919, n. 26.
8. PONGS. Atti dell'86° Congresso delle Scienze naturali e mediche.
9. BODEN. Idem.
10. HERING. *Die Sekundentodt.* Berlino, 1917.
11. HECHT e MATKOW. W. kl. W., 1917/6.
12. FREY. Berl. kl. Woch., 1918, 18, 19, 36.
13. WISSER. I. D. Colonia, 1920.
14. KLEWITZ. Deutsch. med. Woch. 1920, 1.
15. KAUFMANN e ROTHBERGER. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med., 1917, pag. 349.
16. SEMERAU. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1916, vol. 120, pag. 291.
17. HECHT e ROTHBERGER. Zeitschrift f. d. ges. exp. Med., 1918, pag. 13.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Su alcune gastropatie neurogenetiche.

(DÖRFLER H. *Münchener med. Wochenschrift*, 23 aprile 1900).

La rivista è scritta per i medici pratici. L'A. trascura le osservazioni fini sullo stato e natura delle secrezioni e non si dilunga nella ricerca della genesi. Accoglie senza discussione la teoria di Eppinger e considera quasi tutte le gastropatie di orgine nervosa legate ad alterazioni della funzione vagale.

Si addentra invece in una descrizione abbastanza minuta delle sindromi cliniche, soffermandosi specialmente su quei particolari obbiettivi ed anamnestici i quali maggiormente valgono a facilitare la diagnosi differenziale, quando il medico non dispone di mezzi d'indagini fini, e si trattiene anche con abbastanza cura sui mezzi di terapia. Paranoici malinconici, isteriche e nevrastenici, tabetici e paralitici ricorrono spesso al medico accusando gastralgie, eruttazioni, vomito. La diagnosi differenziale è spesso banale, ma talvolta è difficile, e più di un clinico, anche illustre, ricorda d'aver fatto diagnosi di gastropatia nervosa in casi in cui l'autopsia dimostrò ulcere e cancri, e d'aver messo a dieta lattea individui che meglio avrebbero fatto a mangiar fagioli e patate.

L'anamnesi e l'esame obbiettivo indirizzeranno il medico sulla via di una diagnosi esatta.

I malinconici si lamentano di sensazioni vaghe anormali nelle regioni gastrica, cardiaca ed esofagea. Hanno eruttazioni frequenti, lingua patinosa ed arida, sete, dispepsia, vomito: presentano tutta una sindrome la quale facil-

mente spinge a far diagnosi di gastropatia da alterazione organica in sito, quando non si pone attenzione allo sguardo ansioso, alla *facies* angosciata e all'aspetto depresso dell'ammalato e quando si trascura di raccogliere una anamnesi accurata la quale, in questi casi parlerà sempre di notti insonni, di giornate passate piangendo, ecc.

I conati di vomito ed il vomito, che spesso accompagnano l'emicrania, tormentano gli ammalati che ne sono soggetti in modo tale che essi li considerano come se fossero la malattia essenziale e di essi si lagnano quando si presentano al medico. Anche in questi casi una buona anamnesi sarà di grande aiuto. Da essa si apprenderà che il vomito si presenta periodicamente, che segue a forti attacchi di cefalea che non è in rapporto colla qualità dei cibi ingeriti, nè coll'ora dei pasti.

L'esponente più comune di una *gastropatia di origine isterica* è dato dal vomito. Su tali casi gli ammalati (spesso di sesso femminile) hanno aspetto fiorente e si lagnano di attacchi di vomito preceduti da eruttazioni, di crampi allo stomaco, di dolori al sacro, di cefalee. L'esame obiettivo negativo, riguardo allo stomaco dimostra invece spesso una forte pulsazione epigastrica, fatto su cui deve fermarsi l'attenzione del medico, essendo noto che le gastropatie con base anatomica in sito, influiscono su una accelerata attività cardiaca soltanto negli stadi d'inanizione estrema. I dati anamnestici varranno anche qui a raffermare la diagnosi: gli sforzi di vomito isterici sono ostinati, s'iniziano improvvisamente quale primo sintomo in individui che fino allora erano stati del tutto indenni da gastropatie. La diagnosi differenziale è quindi banale: le forme acute di catarro gastrico possono dare vomito quale primo sintomo, ma questo scompare dopo pochi giorni di dieta adeguata; le forme croniche di catarro gastrico danno vomito ostinato, ma si osservano soltanto nei beoni; le ulcere danno vomito appena dopo anni di disturbata funzione gastrica.

L'autore consiglia una cura suggestiva da praticarsi possibilmente in una casa di salute: persuadere gli ammalati che il loro stato di salute è ottimo, sottoporli a cure idroterapiche, abituarli a dieta comune. Lo stesso trattamento è utile anche nei casi di cardialgia isterica.

I gastropatici di origine nevrastenica sono considerati dall'autore (che accetta completamente le opinioni di Herz ed Eppinger) quali vagotonici, presentano quindi ipersensibilità rispetto la pilocarpina e l'atropina, ipersecrezione gastrica con o senza iperacidità, movimenti peristaltici tumultuosi che spesso degenerano in antiperistalsi e conseguente vomito, contrazione spasmodica del cardias e del piloro, *gastralgie*.

Anche in queste gastropatie da ipereccitabilità vagale l'anamnesi è l'ausilio più prezioso per fare una buona diagnosi.

Gli ammalati raccontano di sopportare meglio i cibi più pesanti (fagioli, patate) e accusano sempre disturbi anche in altre parti del corpo. All'esame obiettivo generale il medico nota polso celere, tremori fini alle mani nella posizione di chi giura.

La regione gastrica è leggermente dolente alla pressione, ma il dolore non è localizzato nettamente. La diagnosi non offre difficoltà, ma l'A. consiglia di raffermarla, qualora il medico ne abbia la possibilità, coll esame radiologico.

Le cure sintomatiche non servono — bisogna rimuovere le cause: il *surmenage*, le emozioni, ecc., che eccitando il sistema nervoso centrale influiscono sfavorevolmente sulla gastropatia: bisogna quindi portare l'ammalato in un ambiente sano, abituarlo a mangiare tutti i cibi, convincerlo che la sua salute è ottima.

In opposizione alle gastropatie ora ricordate, l'autore accenna alla stasi gastrica e alla dispepsia nervosa flatulenta, affezioni che traggono pur esse origine da un'alterazione del sistema nervoso centrale, ma assumono un'individualità ben definita.

La stasi gastrica è causata, secondo l'autore, da una prevalenza del vago che porta a una diminuzione del tono muscolare e quindi a rilassatezza ed estensibilità aumentata delle fibre muscolari gastriche.

La diagnosi deve esser accertata dal reperto radiologica. La ptosi gastrica è spesso causa di grave cachessia, che può portare l'ammalato a morte.

Una terapia suggestiva con riposo a letto e supernutrizione può aver ragione del male.

Nei casi più gravi bisognerà ricorrere all'intervento chirurgico.

La dispepsia nervosa, o dispepsia intestinale flatulenta, è considerata pure essa dall'autore come affezione del tubo digerente su base vagale, sebbene il Crämer, che la descrisse per primo, non si associ a tale modo di vedere, ma anzi riferisca la genesi della sindrome agli abusi di bevande alcooliche ed eccitanti, agli strapazzi in genere, all'uso di prendere i pasti in piedi, in fretta, inghiottendo il cibo senza masticarlo, fatti che concorrono alla produzione di fermentazioni anormali, che causano gli spasmi e le atonie intestinali, base anatomica della sindrome clinica.

Riguardo alla distribuzione della dispepsia intestinale flatulenta, in rapporto alle diverse classi sociali, alle professioni, ai sessi, il maggior contingente è dato dagli intellettuali sovraccarichi di lavoro e in primo luogo dai medici.

Gli ammalati accusano gastralgie tormentose, le quali si presentano talvolta sotto forma di attacchi di spasmi gastrici dolorosissimi all'epigastrio e agli ipocondri e talvolta invece si esplicano con senso di pesantezza che s'irradia posteriormente alla regione scapolare, oppure con dolori lancinanti alla regione cardiaca. I dolori non dipendono dalla qualità dei cibi ingeriti, se si eccettuano le droghe e le bevande eccitanti, che influiscono sfavorevolmente, ma sono in rapporto coll'ora dei pasti. Le crisi gastralgiche si presentano 3 o 4 ore dopo i pasti, come nei casi di ulcera duodenale e similmente a quanto si osserva in questa affezione sono frequenti le eruttazioni e raro il vomito, i dolori cessano dopo l'ingestione di cibo anche in quantità minima; si osservano inoltre periodi di remissione di mesi ed anni.

Le funzioni intestinali e la defecazione sono disturbati. Gli ammalati accusano tenesmo: 3 o 4 scariche giornaliere, talvolta diarroiche, ma spesso formate, anche dopo l'ingestione di cibi indigesti.

All'esame obiettivo si nota: eccitabilità, tendenza a sudorazioni profuse, fenomeni vasomotori.

L'ispezione della regione gastrica non dà reperto patologico — non punti dolenti alla pressione.

La percussione dimostra una dislocazione del diaframma che raggiunge a destra la V costa.

Il timpanismo colico, copre quasi del tutto l'area epatica. Suono timpanico nella regione gastrica e nella regione del colon trasverso e ascendente in contrasto col suono ottuso in corrispondenza del colon discendente e del sigma.

Cura: riposo assoluto, somministrazione di pillole di ictiolina e regolina.

L'A. ricorda infine la gastrorrea periodica e le crisi gastriche dei tabici.

La gastrorrea periodica attacca esclusivamente soggetti neuropatici. Dopo un periodo prodromatico in cui gl'infermi si lagnano di cefalea, malessere, spossatezza, l'attacco s'inizia sempre alla mattina con dispepsia, sete, cefalea acuta, a cui seguono dolori spasmodici e vomito abbondante, copioso *acido*, che si protrae per *3-4 giorni*: l'attacco dura complessivamente dagli 8 ai 15 giorni.

Cura: morfina. I pazienti deperiscono, ma si rimettono poi rapidamente.

La crisi ricorda le crisi gastriche dei tabetici.

La diagnosi differenziale si basa sulla mancanza degli altri sintomi propri di questa malattia.

Le crisi gastriche dei tabici s'iniziano senza prodromi, con dolori spastici acuti al ventre e alla schiena a cui segue vomito abbondantissimo. Gli ammalati vomitano cibi, muco, bile, contenuto duodenale. Il vomito si ripete nei giorni seguenti — i pazienti sono esausti, tormentati da sete ardente, hanno stipsi ostinata, la regione epigastrica appare infossata, il polso è piccolo e molle. La notte il vomito cessa. L'attacco dura 2, 3, 8 giorni e cessa improvvisamente. L'infermo ha fame, mangia e sopporta bene qualunque cibo.

Le pupille rigide che i pazienti presentano, bastano da sole a indirizzare a una diagnosi esatta.

Cura: morfina a dosi alte.

Barz.

CHIRURGIA.

Diverticoli del tenue diversi dal diverticolo di Meckel.

(I. T. CASE. *Journ. of the A. M. A.*, 27 novembre 1920).

La diagnosi radiologica dei diverticoli del duodeno rimonta al 1912; l'A. fu tra i primi ad occuparsene, e per primo riconobbe radiologicamente diverticoli del digiuno e dell'ileo.

Non sempre tali diverticoli decorrono senza sintomi clinici.

Diverticoli del duodeno. — Si accompagnano spesso a diverticoli di altre porzioni del tubo digerente e della vescica urinaria. Si riscontrano nell'1-3 p. 100 degli individui, secondo le varie statistiche, necroscopiche e radioscopiche. Rappresentano circa l'11 p. 100 dei diverticoli di tutto il canale digerente. La loro grandezza varia da un pisello a un uovo di gallina.

Sono un po' più frequenti nella seconda porzione, comprendendovi le dilatazioni dell'ampolla di Vater. La frequenza non è maggiore nei maschi che nelle femmine; l'età invece influisce, perchè la massima parte dei diverticoli si riscontra dopo i 50 anni.

Possono contenere calcoli biliari, ma il contenuto normale è il chimo. Dopo un pasto di bario, questo si può vedere nel diverticolo per parecchie ore, e talvolta per parecchi giorni, mentre il tempo normale di svuotamento del duodeno è da 4 a 5 ore.

La parete dei grossi diverticoli, asportati chirurgicamente, fu trovata sempre priva di

muscolare per quasi tutta la loro estensione. L'orificio di comunicazione col duodeno può esser grande o piccolo, rotondo, a fessura, o irregolare. Se è molto grande, è difficile che il pasto opaco vi soggiorni abbastanza a lungo da render visibile il diverticolo.

Talora il coledoco e il dotto pancreatico si vuotano nel diverticolo, e fu qualche volta veduto il pasto opaco passare nei dotti epatici, fino alla cistifellea, dove furono così messi in evidenza calcoli prima invisibili radioscopicamente.

I diverticoli del duodeno possono contrarre all'intorno molte aderenze. In un caso di Akerlund si trovò, all'operazione, un ispessimento della parete duodenale contigua al diverticolo, mentre faceva corpo col sacco una massa di tessuto pancreatico necrotico; ciò si spiega con la diffusione della diverticolite alla sostanza pancreatica contigua.

Wilkie riporta due casi di diverticoli strettamente contigui al coledoco, con segni di stasi in questo dotto senza ostruzione intrinseca del suo lume. Rosenthal e Bauer ricordano casi di diverticolite che si accompagnava a tumefazione dell'ampolla di Vater che era causa della dilatazione dei dotti biliare e pancreatico, Akerlund pensa che quando il diverticolo, che in generale si presume di origine congenita diretta o indiretta, ha raggiunto una certa dimensione, può accadere in esso ritenzione del contenuto duodenale, donde una diverticolite catarrale d'intensità variabile, con alternative di tumefazione e detumefazione intorno all'ampolla di Vater. Talora questa subisce una dilatazione secondaria, con insufficienza dello sfintere di Oddi, onde possono penetrarvi materiali infetti, e spingersi fors'anche nei dotti biliare e pancreatico, fino a produrre alterazioni infiammatorie nel pancreas.

In un caso di Bauer un diverticolo grande come un uovo di gallina, produceva stenosi del duodeno, con dilatazione del tratto a monte e dello stomaco: per parecchi mesi il paziente soffrì di vomito due o tre ore dopo i pasti.

L'A. dice che in ogni caso di diverticolo duodenale controllato radiologicamente, bisogna porsi il problema dell'intervento: egli lo ritiene di facile soluzione, perchè nella maggior parte di detti casi si possono mettere in evidenza speciali condizioni del pancreas e del tratto biliare che rendono possibile l'ispezione del duodeno. Gravi difficoltà possono presentarsi se il sacco è retroduodenale o retropancreatico: in quest'ultimo caso è necessaria la mobilizzazione del duodeno.

La diagnosi è impossibile senza i raggi.

I pazienti, che generalmente riferiscono i sintomi al quadrante superiore destro dell'addome, sono creduti affetti da ulcera duodenale, pancreatite cronica, o malattie della cistifellea.

L'A. fin dal 1910 procede con la seguente tecnica radiologica. Il paziente, in piedi avanti lo schermo, deglutisce un terzo di bicchiere di acqua nella quale fu stemperato un cucchiaio colmo di solfato di bario. La regione pilorica viene intanto spiata attentamente, per osservare il comportamento della prima porzione di pasto opaco che raggiunge il duodeno e vi entra di colpo rendendolo più o meno bene visibile. Si fa seguire il comune pasto di bario: dopo breve osservazione in piedi si pone il paziente sul fluoroscopio orizzontale e si fa giacere qualche tempo sul fianco destro onde la gravità contribuisca al riempimento delle nicchie o sacculazioni nella zona pilorica. Quindi, mentre il paziente si gira, l'osservatore, stando alla sua sinistra, esercita una forte pressione con la sua mano sinistra in corrispondenza dell'unione duodeno-digiunale, spingendo contemporaneamente verso il piloro il contenuto dello stomaco. Allora s'ingiunge al paziente di inspirare e trattenere il respiro, e di girarsi rapidamente sul dorso, mentre il duodeno si tiene sempre compresso contro la colonna vertebrale con la mano, o, se si preferisce, con un cucchiaio di legno.

Questa tecnica è assolutamente necessaria, secondo l'A. per scoprire i diverticoli della terza porzione del duodeno; con la radiografia facilmente sfuggono questi diverticoli perchè vengono generalmente nascosti dall'ombra gastrica.

Trovato un diverticolo bisogna notare: *a*) la esatta localizzazione; *b*) la grandezza e la forma generale; *c*) le dimensioni dell'orificio, e se esso è libero; *d*) la mobilità sotto la spinta del dito esaminatore; *e*) il grado di ritenzione; *f*) la relazione dell'ombra con un eventuale punto dolente alla pressione; *g*) il calibro del duodeno in prossimità del diverticolo e a distanza; *h*) il tempo di vuotamento dello stomaco.

Per i diverticoli della prima porzione bisogna indagare ai raggi se esiste anche un'ulcera duodenale, in fondo al diverticolo od opposta ad esso. I diverticoli del lato esterno della prima porzione e quelli della parte più alta della seconda porzione sono per lo più da trazione, in rapporto con malattie della cistifellea. In questi diverticoli la ritenzione è di breve durata, ma il tempo di svuotamento dello stomaco è prolungato. In quelli della se-

conda porzione la persistenza del bario per oltre ventiquattro ore è frequente, e non di rado coesiste pancreatite.

In quelli della terza porzione v'è ritenzione soltanto se l'orifizio è piccolo.

Di solito manca la sensibilità alla pressione sul diverticolo pieno di bario: v'era in qualche caso, con ritenzione nel diverticolo, che presentava clinicamente distenzione, senso di peso, dolore addominale da una a tre ore dopo i pasti, persistente per una o due ore, rigurgiti acidi, e talora nausea e vomito.

Per l'eventuale intervento importa determinare se il diverticolo si trova avanti o dietro il pancreas, oppure nella sua sostanza.

A ciò serve la radiografia stereoscopica, l'osservare come variano le ombre radioscopiche muovendo acconciamente tubo e schermo, e la palpazione addominale con la mano inguantata sotto lo schermo: se si può muovere il diverticolo o se ne può esprimere il contenuto, esso è di solito innanzi al pancreas, e nei casi adatti si può resecare o plicare.

L'intervento è indicato in tutti i casi nei quali la diagnosi radiologica è evidente, salvo che il diverticolo non risulti situato troppo profondamente. Quando il complesso sintomatico giustifica un intervento sul duodeno o nella cistifellea è bene ricercare, se vi è la possibilità, eventuali diverticoli duodenali per trattarli opportunamente.

Se l'intervento non è indicato, o non riesce a sopprimere il diverticolo, con adatta igiene del tubo digerente bisogna prevenire le diverticoliti da ritenzione, con le consecutive duodeniti, ed eventuali occlusioni temporanee della papilla di Vater. Per i diverticoli multipli l'A. consiglia di dare una volta la settimana tre dosi di una dramma di solfato di bario nel giorno, onde mantenerli pieni di materiale non putrescibile nè infetto.

Diverticoli del digiuno e dell'ileo. — Sono più rari dei precedenti e meno pericolosi: ma vanno soggetti anch'essi a processi infiammatori acuti, diverticoliti e peridiverticoliti. L'A. per primo ne diagnosticò ai raggi cinque casi, due dei quali confermati dall'intervento, che nei tre altri casi non fu eseguito.

In un caso di Gardinier e Sampson furono trovati tredici diverticoli in 40 cm. d'intestino, della grandezza da mezzo centimetro ad un centimetro e mezzo. Uno di essi s'infiammò, e produsse una stenosi del lume intestinale; la peritonite localizzata produsse aderenze col colon trasverso che ne rimase angolizzato. Il diverticolo si trovò trasformato in una cisti infetta essendosi occluso l'orificio.

L'A. ricorda brevemente diciotto casi, compreso quello ora menzionato, che costituiscono tutta la letteratura sull'argomento: essi furono trovati alla necropsia, o scoperti accidentalmente all'intervento. In molti casi i diverticoli erano multipli, fino a superare i 400 (Hausemann): per la struttura e la grandezza ricordano da vicino i duodenali.

L'A. ricorda poi, dei suoi cinque, i due casi operati. In uno vi era una storia tipica di colecistopatia. Ai raggi si videro calcoli biliari, nonchè molte sacculazioni del tenue, rese più evidenti dal pasto di bario.

Nell'altro vi era una storia gastrica: aveva senso di peso e distensione allo stomaco subito dopo i pasti, che si attenuava con le eruttazioni; mancava dolore, nausea, vomito. Ebbe occasionalmente cardialgie, circa due ore dopo il pasto; aveva poi una cospicua flatulenza intestinale. I raggi rivelarono una sacculazione del piccolo intestino, apparentemente a poca distanza dal duodeno. L'intestino a monte era disteso, e la sua ombra coincideva bene con la sede dei disturbi soggettivi. Il sacco si vuotava in 8-10 ore. All'intervento si trovarono, nella parte più alta del digiuno, una diecina di diverticoli grossi come un pisello, meno l'ultimo del diametro di 5 cm. Cistifellea, stomaco, duodeno, apparvero normali. Nelle vicinanze del grosso diverticolo l'intestino era infiammato: il sacco, privo di muscolare, era situato tra le pieghe del mesentere, in stretto rapporto con grossi vasi sanguigni.

DORIA.

SIEROLOGIA.

Reazione di Bordet-Wassermann e sifilide nei lattanti, nelle loro madri e nelle donne incinte.

(NOBÉCOURT e BONNET. *Presse médicale*, 20 ottobre 1920, p. 745).

Gli autori espongono anzitutto la tecnica adoperata. Il sangue veniva prelevato dagli adulti direttamente dalle vene, a digiuno; dai poppanti, per mezzo di una ventosa modello Gastou, sei ore dopo l'ultima poppata. Ogni siero-diagnosi veniva fatta col sistema del siero riscaldato (metodo Calmette e Manol) e del siero non riscaldato (metodo Levaditi e Latapie) e con siero di sangue prelevato il giorno prima e conservato in ghiacciaia.

Riferiscono poi i risultati ottenuti sopra 447 soggetti, 171 lattanti e 276 donne, corrispondenti circa al 21 % dei lattanti e al 23 % delle donne ospedalizzate al servizio della Maternità dal marzo 1919 al giugno 1920 (801 poppanti e

1185 donne: i bambini avevano qualche giorno di età, qualche settimana o qualche mese, pochi avevano più di sei mesi, qualcuno solo aveva più di un anno. Le donne erano in periodi diversi di gravidanza o avevano partorito da tempo più o meno lungo).

I risultati furono: 363 negativi, di cui 224 nelle donne, 139 nei bambini, e 84 positivi (18.79 %), di cui 52 nelle donne (18.84 %), 32 nei bambini (18.71 %).

Se si ammette, ciò che appare verosimile, dato il numero delle Wassermann negative, che il siero dei malati non esaminati avesse dato in quasi tutti risultati negativi, si può dire con approssimazione che per 801 bambini, si ha il 4 % di R. W. + e per 1185 donne si ha il 4.38 % di R. W. +.

I sieri esaminati possono essere classificati in tre categorie: siero di donne isolate, di bambini isolati, sieri di madre e figli esaminati simultaneamente.

I. — *Donne isolate.* — R. W. + 31 volte (14.90 %). R. W. — 177 volte su 208 campioni di sieri studiati.

Tutte le reazioni positive concordavano con i fatti clinici. Solo in qualche caso la Wassermann ha messo sulle tracce di una sifilide ignorata o tenuta volontariamente nascosta.

Le donne con R. W. negativa possono essere così raggruppate. In alcune non v'era nessun dato clinico per pensare alla sifilide: in altre vi era stata una lues curata antecedentemente o nella Maternità stessa, ma non esisteva alcuna lesione in atto: altre infine presentavano manifestazioni che qualche volta possono riferirsi alla sifilide (epilessia, stenosi mitralica) ma non avevano mai avuto lesioni specifiche.

Fra le donne esaminate, 81 erano incinte: di esse, soltanto 15, cioè il 18.5 % presentarono R. W. +. Questa cifra corrisponde alla percentuale di R. W. + constatata in tutte le donne incinte o che avevano già partorito, sottoposte alla reazione (18.84 %). Va notato che secondo alcuni (Bar e Daunay) le R. W. sarebbero più frequentemente negative nelle donne incinte che in tutti gli altri adulti.

II. — *Bambini isolati.* — Su 103 campioni di siero, si ebbero 14 reazioni positive (13.59 %), 89 reazioni negative.

Quelle positive confermarono la diagnosi clinica in alcuni casi, in altri svelarono una sifilide dubbia o latente.

In questi ultimi casi, la specificità fu confermata sia dall'evoluzione ulteriore, sia dalle ricerche etiologiche negli ascendenti.

Nei casi di R. W. negativa, o si trattava di bambini in cui l'esame clinico permetteva di escludere la lues, oppure di soggetti con lesioni scheletriche o disturbi della nutrizione generale che qualche volta possono riferirsi alla sifilide (ispessimento delle ossa craniensi, ipotrofia, ecc.).

III. — *Madre e figli.* — Su 68 esami praticati si ebbe: 45 volte R. W. negativa nella madre e nel bambino (66.17 %); 16 volte positiva in ambedue (23,52 %); 5 volte positiva nella sola madre (7,35 %); 2 volte positiva nel solo bambino (2.94 %).

A) La R. W. neg. in madre e figlio fu osservata nel caso di donne che desideravano far da nutrici e che non presentavano, nè esse, nè i bambini, traccia di lues. La R. W. non era che una semplice misura di prudenza. In altri casi si trattava di bambini, sofferenti, con disturbi della digestione ed eritemi sospetti, la di cui specificità potè essere eliminata.

B) Quando la Wassermann riuscì positiva nella madre e nel figlio, la sifilide era manifesta o in ambedue, oppure soltanto nell'uno dei due.

C) In qualche caso infine si ebbe disaccordo fra la R. W. materna e quella del figlio. In cinque casi fu positiva nella madre, negativa nel figlio: in questi, quattro volte si trattò di sifilide post-concezionale contratta dalla madre al 6°, 7°, 8° mese di gravidanza, e per un caso, in epoca indeterminata. Clinicamente i figli parevano indenni. Nei due casi in cui la R. W. era negativa nella madre e positiva nei bambini, le madri negavano la lues e non avevano presentato alcun sintoma, i figli erano manifestamente sifilitici. Non fu possibile la ricerca nei padri rispettivi.

Da un minuto esame di tutti questi fatti gli autori traggono le seguenti conclusioni:

Per la totalità delle donne e dei bambini curati nella loro Maternità le R. W. sono riuscite positive rispettivamente nella proporzione del 4.38 % e del 4 %. E poichè il loro reparto comprende malati di ogni sorta, si può ammettere che questa proporzione indichi approssimativamente la frequenza della sifilide nella popolazione femminile e nella prima infanzia.

Questa percentuale acquista tanto maggior valore in quanto la proporzione delle R. W. positive in paragone di quelle negative è all'incirca del 18 %, sia che si consideri la totalità degli esami praticati (donne e bambini) sia che si considerino gli esami delle madri e dei bambini isolatamente.

Le Wassermann positive sono state sempre riscontrate in soggetti in cui la sifilide era stata constatata od era latente.

Le Wassermann negative sono state riscontrate quasi sempre in donne o in bambini che non erano sifilitici.

Quando la donna era sifilitica, il risultato negativo poteva spiegarsi sia per le cure fatte in precedenza, sia per l'esistenza di una lues ereditaria e non di una lues acquisita.

Per i bambini la Wassermann riuscì talvolta negativa in soggetti nei quali vi erano fenomeni di cui si poteva presumere la specificità: ipotrofia, cachessia, distrofie ossee.

In questi casi, dopo riattivazione (nei casi dubbi bisogna ricorrervi sempre), la R. W. ripetuta risultò a volte positiva, a volte negativa. La prova negativa, insieme all'esame clinico della madre, permise di eliminare la diagnosi di sifilide, il che prova che le R. W. negative, interpretate con rigore, hanno una qualche importanza.

Lo studio comparato del sangue materno e di quello dei figliuoli, dà dei risultati interessanti.

Il più delle volte (89.69 % dei casi) le R. W. furono parallele nei due sieri, sia che fossero positive, sia che fossero negative.

Le positive implicano la lues: le negative permettono di eliminarne l'ipotesi, salvo quei casi in cui s'impone qualche riserva (cura precedente della madre, eredo-sifilide materna).

In ambedue questi casi però si può ammettere che i bambini siano indenni.

Raramente le due R. W. (madre e figlio) furono in disaccordo (10.29 %).

Il fatto si spiega quando la sola madre aveva R. W. positiva e si trattava di sifilide post-concezionale o di sifilide ereditaria della madre: non lo si spiega invece quando nel solo bambino la R. W. era positiva (1).

V. MONTESANO.

(1) Questi ultimi fatti, forse meno infrequenti di quanto gli AA. hanno potuto constatare, farebbero ammettere, per quanto solo in via eccezionale, che esista una lues ereditaria esclusivamente *ex patre*, e che la madre del bambino eredo-sifilitico sia in quei casi sfuggita all'infezione.

È noto che questa possibilità ora viene generalmente negata: per altro le osservazioni cliniche di autori degni di ogni fede la rendono verisimile, sia pure in casi rarissimi (p. e., donne che avrebbero contratta l'infezione luetica dopo aver messo al mondo bambini eredo-sifilitici).

Questo, si capisce, a prescindere dalla legge di Colles secondo la quale la madre di un bambino eredo-luetico, sfuggita all'infezione, sarebbe immune verso la sifilide. Molto prababilmente la immunità, quando la si può constatare, è allora dovuta soltanto ad una sifilide latente.

V. M.

Sull'inevitabilità delle divergenze nei risultati della reazione di Wassermann.

(G. MEIER. *Berl. klin. Wochenschr.*, n. 36, 1920).

Ogni sierologo sa che usando gli stessi reagenti e la stessa metodica in varie reazioni di Wassermann praticate sullo stesso siero, i risultati dovranno essere sempre gli stessi. Ciò avviene però soltanto se le varie reazioni vengono eseguite contemporaneamente. Un intervallo, anche di poche ore, può difatti alterare notevolmente il complemento, il siero, i globuli. Si possono alterare il titolo emolitico, la « deviabilità », la solubilità del sangue di montone verso l'ambocettore specifico, verso i lipoidi dell'estratto, verso gli ambocettori normali del siero sospetto. Anche il siero sospetto si altera ed acquista la tendenza a far riuscire positiva la reazione. Nel siero, nel complemento, nel sangue, si possono sviluppare o possono aumentare i prodotti della putrefazione, prodotti che influiscono notevolmente sul risultato della reazione.

Questi fattori d'inesattezza dei risultati aumentano ancora, se il sierologo usa, nei diversi esami praticati su uno stesso siero, dei reagenti differenti; ciò vale specialmente per l'estratto. Un'eventuale correzione delle differenze dei varî estratti non è possibile, perchè gli estratti non differiscono soltanto per la loro maggiore o minore sensibilità nella reazione: un estratto, che di fronte a molti sieri sospetti si era dimostrato meno sensibile di un altro, può essere più sensibile di quest'ultimo di fronte ad altri sieri, (« fenomeno crociato »); non soltanto, ma questo « fenomeno crociato » può, dopo alcuni giorni, dimostrarsi esattamente invertito!

Se a tutto ciò si aggiunge, che di solito i varî esami vengono fatti da diversi sierologi, ciascuno dei quali usa una tecnica un po' diversa dall'altro, si comprende a quali molteplici fattori sia dovuta l'inevitabilità di divergenze nei risultati della reazione di Wassermann.

POLLITZER.

IGIENE SOCIALE.

Il vinismo.

In un opuscolo di propaganda scritto con vivacità e adorno, ma non gravato, di erudizione, il famoso archeologo Giacomo Boni (*Nuova Antologia*, 1921) svolge opportune considerazioni. È un profano che scrive; ma un uomo colto ed entusiasta. E volentieri raccogliamo la sua voce.

***

Richiamare qui tutti i danni dell'alcoolismo sarebbe fuori di luogo. L'alcool uccide il cervello sotto le sembianze di un amico il quale dà la giocondità, il benessere, l'illusione del calore, l'oblio della stanchezza e dell'ansia spirituale; a ragione Shakespeare fa dire da una sua creatura: « O tu, spirito invisibile del vino, se non avessi un nome ti chiamerei demone...; perchè mai gli uomini devono introdurre nella loro bocca un veleno che rubi loro il cervello! ». L'alcool provoca dispepsia, altera il fegato, rovina il cuore; esso rende l'organismo più facile preda delle infezioni: fra i tubercolotici dell'Ospizio Umberto I in Roma, un terzo è di *potatores*, e nella polmonite dei bevitori la mortalità raggiunge il 50 %. Il troppo bere nuoce alla intensiva operosità e al lucido pensiero, indebolisce la vigoria del carattere, abbrutisce, è causa di delitti e di pazzia. L'alcoolismo dei genitori è fattore d'idiozia e di degenerazione della prole, come avevano già riconosciuto i greci.

Se cessasse sulla terra non l'utile uso, ma l'abuso alcoolico, dileguerebbe non piccola parte di desolazione e di malvagità e cadrebbe uno degli ostacoli a quel continuo perfezionarsi, che è destino dell'umanità sobria, operosa e buona.

***

Invece il consumo di bevande alcooliche è addirittura enorme in molti Paesi: così gli italiani bevono annualmente 42 milioni di ettolitri di vino!

Sarebbe doveroso di opporsi con energia a questo flagello sociale; ma come? L'A. non ritiene troppo efficace di combattere il vizio con la sola persuasione. Quanto alle leggi, il nostro regime elettorale non consentirà, pur troppo, di liberarci facilmente dalla rovinosa abitudine, la quale minaccia sempre più lo Stato; nel 1895 lord Rosebery ebbe a dichiarare: « se lo Stato non si affretta a dominare il traffico delle bevande alcooliche, questo dominerà lo Stato ».

Alcune misure legislative, per altro, si dimostrerebbero sicuramente utili. L'A. espone al riguardo tre *desiderata*.

***

In primo luogo, qualora i vigneti distrutti dalla fillossera, che vengono rapidamente ricostituiti, fossero invece sostituiti da campi di frumento e d'altre granaglie delle specie più redditizie, da oliveti, da foreste di mandorle, di carrubbi, di pini, si ridarebbe a tante nostre regioni — dall'Apulia alla Sicilia, *benignissimas urbis nostrae nutrices* — la missione di nutrire gli Italiani e non quella di avvelenarne il sangue e di annebbiarne la mente.

È vergognoso che l'Italia continui a pagare un gravissimo tributo all'Estero per i cereali, invece di coltivare le sue terre così fertili e di educare gli ignoranti, che seguono a ipotecare il più sacro patrimonio di bellezza e d'arte, a scemare il retaggio spirituale dei figli, per sedere alla bettola, a logorare con miscele tossiche il supremo bene dell'uomo, l'intelligenza, mentre il sole splende alto sulle opere sante del lavoro e la notte muove le ali silenziose per concedere il ristoro del sonno.

Suggestivo sarebbe l'esempio già fornitoci dall'imperatore Domiziano, il quale, preoccupato per la sovrabbondanza del vino e la scarsezza del grano, e temendo che l'eccessiva cura delle vigne facesse negligere i campi, ordinò di non piantare nuove viti in Italia e di far recidere quelle cresciute nelle province dell'Impero, lasciandone sussistere al massimo la metà. Se non che l'ultimo dinasta sabino non mise più in esecuzione questi mezzi radicali suggeritigli da Minerva, la divinità sua prediletta.

***

Un'altra misura eccellente sarebbe l'inasprimento delle tasse attuali sulle bevande alcooliche.

Tassare il vino una lira al litro, circa un quarto del costo attuale, non sarebbe esagerato, poichè lo zucchero, alimento tanto utile, subisce già una tassa che importa la stessa proporzione.

Questa tassa sul vino frutterebbe quattro miliardi all'anno, che, mentre contribuirebbero a risanare il nostro bilancio, permetterebbero di incoraggiare la produzione dei cereali, di compensare la requisizione dei latifondi per ripartirli a contadini laboriosi, di mantenere il pane per i poveri a buon mercato, infine di provvedere a spese utilissime, come quelle per l'istruzione, oggi ridotta in Italia ad una condizione

vergognosa per deficienza di mezzi economici, il che ci mette in stridente contrasto con altre nazioni civili, in primo luogo con gli Stati Uniti.

A proposito della tassa sull'alcool, è da ricordare quanto dichiarava Bertillon, direttore delle statistiche francesi, in seguito ai risultati degli inasprimenti della tassa sull'alcool (la quale in Francia venne dapprima raddoppiata e poi quadruplicata senza che il consumo si arrestasse): «il peso dell'imposta gli è indifferente!».

Se però l'imposta non giova gran che a combattere direttamente l'alcoolismo, si dimostra indirettamente utilissima.

***

In molti terreni la coltura della vite non potrebbe essere sostituita economicamente da altre colture; ma ci si prospetta il problema di utilizzare l'uva senza trasformarla in vino e in distillati.

Converrebbe, all'uopo, imprimere incremento alla coltura delle uve scelte da tavola; procedere in larga misura all'essicamento dell'uva, il quale permette una lunga conservazione e l'esportazione del prodotto, come si pratica in Grecia ed in Spagna; infine, sterilizzare e concentrare i mosti, trasformandoli in gustose marmellate d'uva nonchè per il confezionamento di marmellate di frutta.

L'A. vide una volta, allineate in molte file, lungo la spiaggia di Siracusa, come un grande esercito in marcia, migliaia e migliaia di botti piene di agrumi spezzati e immersi nell'acqua salata; un piroscafo le aspettava al largo per condurle in America, dove le nostre frutta servono appunto a confezionar marmellate, che poi vengono rispedite ai mercati d'Inghilterra e d'Olanda o agli alberghi internazionali svizzeri. E l'A. si domandava perchè invece di far attraversare agli agrumi l'Atlantico, per venire dolcificati, non preparassimo marmellate eccellenti, usando come sciroppo il nostro sugo di uva, che non possiamo esportare in forma di vino, e il cui valore — come un tempo l'oro dello zecchino veneto, e ora della sterlina e del dollaro — assumerebbe la forma dell'energia solare, graditissimo all'uomo, liberato dalle velenose frecce d'Apollo.

***

Infine, tutta una serie di provvedimenti semplicissimi gioverebbe ad infrenare il vinismo, qualora i nostri governanti si convincessero effettivamente della gravità dei danni che quest'idra di Lerna arreca all'uomo, il quale può debellarla e liberarsene, come l'esperienza di altri popoli insegna.

Basti accennare alla limitazione del numero delle bettole e dell'orario di apertura, all'abolizione dell'orario estivo legale, all'imposizione di tasse ereditarie sugli spacci (capitalizzandone il reddito) ed alla propaganda educativa contro l'intemperanza e l'alcoolismo, la quale dovrebbe trovare il suo primo posto nella scuola.

L. VERNEY.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

G MATTIROLO. *Diagnostica delle malattie nervose.* — Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino. — Prezzo L. 66.

La produzione di libri di medicina di autori italiani si va intensificando ed affermando. Questo del Mattirolo è tra i migliori.

Comporre un libro di semeiotica delle malattie nervose che possa essere utilizzato dal medico pratico non è opera agevole. Il Mattirolo è riuscito nel suo intento.

L'opera è compilata con chiarezza e insieme con concisione: nessuno sfoggio d' citazioni ingombranti e di notizie inutili. È bene armonizzata, bene ordinata, completa in ogni sua parte, aggiornata delle recenti notevoli acquisizioni della nevrologia.

Numerose, chiare incisioni, quasi tutte originali ed in buona parte ricavate da osservazioni personali, illustrano il testo.

La veste tipografica è splendida.

dr.

A. VAN GEHUCHTEN. *Les Maladies nerveuses.* (Cours professé à l'Université de Louvain). — A. Uystpruyst, éd. Louvain, 1920.

Il dott. P. Van Gehuchten, figlio del grande anatomico, raccoglie e pubblica in un nitido volume le lezioni sulle malattie del sistema nervoso, dettate dal padre nell'Università di Lovanio, come complemento alle lezioni di anatomia del sistema nervoso. La fine immatura impedì la pubblicazione dell'opera che era già completa fin dal 1914; gli avvenimenti dolorosi della guerra, di cui l'incedio di Lovanio è forse uno dei più tragici, ne hanno ritardato la pubblicazione fino ad oggi.

Bisogna essere grati alla devozione filiale del dott. Van Gehuchten, che ha arricchito la letteratura neuropatologica di classiche lezioni sulle malattie del sistema nervoso; esse resteranno un magnifico testamento scientifico del grande anatomico. Non è il libro dedicato

agli specialisti della materia, ma a coloro che la neuropatologia vogliono coltivare come elemento di indispensabile cultura nell'esercizio medico.

Le brevi pagine sono dense di nozioni anatomiche, di considerazioni cliniche, frutto di esperienza maturata. Poche discussioni quindi, poche di quelle citazioni, che sono la tortura oramai di tutti i prolissi grossi manuali; selezione oculata invece e chiarezza.

Comprendo che non tutto lo scibile moderno si trova nel volume di Van Gehuchten, ma i brevi tocchi sono di mano maestra ed ognuno lascia un solco.

Per queste sue preclari qualità noi consigliamo il libro ai medici pratici e agli studenti.

t. p.

CH. R. WHITTAKER: *Nerves of the human body*, 2ª ediz. — Livingstone, ed., Edimburgo.

Dodici nitide tavole con il decorso dei nervi cranici e la costituzione dei plessi, poche pagine riassuntive di esplicazione, costituiscono il piccolo volume utile agli studenti ed ai medici che preferiscono un esatto manualetto a voluminose opere di anatomia. *t. p.*

O. FONTECILLA e M. A. SEPULVEDA: *Le liquide céphalo-rachidien*. — A. Maloine et Fils, éd., Paris.

L'importanza che in questi ultimi anni hanno assunto le ricerche sul liquido cefalo-rachideo sia dal lato diagnostico che pronostico, spiegano il rifiorire di contributi e la pubblicazione di numerose monografie di cui in queste colonne abbiamo fatto cenno.

Il volumetto edito da Maloine è il frutto dello studio e dell'esperienza personale del Fontecilla e Sepulveda, i quali sia nell'esame chimico sia nell'esame bacteriologico, sia nell'esame fisico e serologico portano i resultati da loro ottenuti, e riassumono lo stato attuale delle questioni d'indole pratica più importanti. Il libro è presentato con una lusinghiera prefazione da Babinski. *t. p.*

SAMAJA N.: *Il morbo di Recklinghausen*. Un vol. in-8 di 85 pagine con figure. Società Editrice Libraria, Milano. — Prezzo L. 12.

Su questa non frequente forma morbosa (neurofibromatosi multipla) scarse e monche sono le nozioni che si trovano nei trattati. Bene ha quindi fatto l'A. nel riassumere in questa monografia i casi noti nella letteratura, abbozzando così un importante capitolo di patologia, desunta anche dalle osservazioni personali dell'A., che sono corredate da fotografie e studi isto-patologici, e sul ricambio. Nove belle tavole fotografiche accompagnano il lavoro. *fil.*

STASSEN M.: *La fatigue de l'appareil visuel chez les ouvriers mineurs*. Un vol. in-8 di 230 pag. con fig. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne, Liegi.

Interessante studio sul nistagmo dei minatori, in cui vengono descritte le condizioni fisiologiche del lavoro nel fondo della miniera e sono raccolti i fatti statistici raccolti in una vasta inchiesta. Stabilite poi la sintomatologia e l'eziologia, l'A. abbozza una teoria patogenetica, dimostrando che esiste nel minatore una fatica esagerata dell'apparecchio visivo, di cui il nistagmo costituisce il sintomo saliente.

Studiati poi i rapporti di tale sindrome da fatica, si accenna alla profilassi ed alla cura, stabilendo il principio del risarcimento dei disturbi patologici consistenti nella fatica oculare. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 23 gennaio 1921.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, vice-presidente.

Sarcoma melanotico della fossa nasale di sinistra consecutivo a ferita d'arma da fuoco della regione malare e dell'occhio dello stesso lato.

Prof. G. BILANCIONI. — Riferisce sul caso osservato in un donna di 53 anni, robusta e sana, che non aveva mai avuto alcun disturbo al naso, che dopo circa sei mesi da una ferita d'arma da fuoco della regione malare e dell'occhio, ferita che aveva infarcito di pallini di piombo il seno mascellare, la cute, l'occhio (dando tisi del bulbo), presentava un sarcoma melanotico della fossa nasale di sinistra. Il tumore insorgeva in corrispondenza del turbinato medio.

È noto come i sarcomi melanotici primitivi del naso siano rarissimi: nella letteratura se ne contano circa una quindicina. L'O. adunque ritiene probabile si tratti di un innesto di cellule cromatofore della coroide dell'occhio ferito, il quale trapianto avrebbe fatto da matrice al tumore. Come fatti analogici probativi egli ricorda il coincidere della rapida canizie dell'uomo con lo sviluppo rigoglioso di un sarcoma osseo e inoltre le frequenti neoplasie melanotiche dei cavalli in cui si imbianca il mantello.

Il pigmento di questi progotti melanotici degli equini contiene zolfo nella percentuale con cui lo contengono i loro peli.

Sul significato del dente dell'uovo nei rettili.

Prof. P. DORELLO. — L'O. descrive lo sviluppo del dente dell'uovo nella *Seps chalcides*, mostrando come esso derivi da un abbozzo impari e mediano. Quando si forma il suo dente di sostituzione, quest'ultimo, premendo contro la base del dente dell'uovo, ne determina una lieve deviazio-

ne, che può avvenire sia verso destra come verso sinistra.

Alla nascita il dente dell'uovo cade e si sviluppa il suo dente di sostituzione, che forma il dente superiore impari della *Seps*.

Questa specie perciò può essere aggiunta alle 23 forme di rettili, nelle quali è stato trovato il dente superiore impari.

Dal confronto con quanto avviene in altre specie di rettili, l'O. viene alla conclusione che il dente dell'uovo non è una formazione primitiva nè analoga nelle varie specie di rettili, ma rappresenta l'adattamento ad una speciale e transitoria funzione del dente superiore impari o di uno dei denti pari ad esso più vicini portati dall'intermascellare.

Contributo alla conoscenza del timo nei suoi rapporti funzionali con la milza e coi globuli bianchi del sangue.

Prof. G. BAGGIO. — Alla constatazione, già segnalata in passato, che dopo asportazione del timo si aveva nei conigli una diminuzione di linfociti circolanti col sangue, fa riscontro la constatazione compiuta dall'O., che asportato il timo si ha pure nello stesso animale, come risultato di massima, una riduzione di volume della milza.

Per quanto non dimostrato tassativamente da relativo reperto istologico, l'O. crede verosimile che ambedue questi reperti rispondano ad un unico meccanismo genetico.

Rimanendo entro l'orbita delle concezioni maggiormente accettate nel campo dell'endocrinologia, riconosciuto il timo come organo a secrezione interna, e ammessa una funzione regolatrice del vago nella produzione dei linfociti e sulla loro distribuzione in circolo, i risultati fra di loro affini che l'O. ha ottenuto in seguito a stimizzazione — diminuzione di numero dei linfociti e riduzione di volume della milza — dovrebbero essere argomento non indifferente a sostegno dell'ipotesi che il timo eserciti normalmente un'azione di stimolo su quella parte del sistema neuro-vegetativo che va col nome di sistema del vago o autonomo o para-simpatico.

Il virus rabico è unico?

Prof. V. PUNTONI. — L'O. svolge la sua comunicazione e ripromettendosi ulteriori studi viene per ora alle seguenti conclusioni:

1° Che è stato osservato un virus rabico da strada (designato virus 223) il quale presenta una individualità biologica spiccata, tanto di fronte al virus fisso impiegato nell'Istituto Antirabico di Roma, quanto di fronte ad altri usuali virus da strada.

2° Che nel coniglio l'infezione determinata da inoculazione sottodurale di virus 223 può essere combattuta solo con autovaccino (vaccino omologo) e non col vaccino comune preparato con virus fisso, nè con vaccini preparati con altri virus da strada.

L'azione di alcune sostanze alimentari sull'attività della ptialina, in ambiente acido.

Prof. D. MAESTRINI. — Guidato dai risultati di alcune esperienze sugli enzimi dell'orzo germogliato, l'O. pensò di istituire sulla ptialina due serie di ricerche, per indagare:

1° l'azione dell'amido e di altre sostanze alimentari sulla ptialina, in ambiente acido;

2° l'azione di sostanze non alimentari, che offrissero una grande superficie.

Le esperienze eseguite hanno messo in evidenza tre fatti principali:

1° La forte azione protettiva dell'amido sulla ptialina umana contro concentrazioni di HCl anche elevate, quali presenta il contenuto gastrico umano;

2° La mancanza di questa azione protettiva nelle ordinarie sostanze alimentari (albume d'uovo, grasso di montone, fibrina di sangue di bue);

3° La forte azione protettiva di polveri insolubili (polvere di carbone animale) che offrono, sotto piccolo volume, una grande superficie.

A prescindere da questi fatti d'importanza scientifica l'O. dice come ci si offre l'occasione di fare anche un'osservazione collaterale: è possibile che la ptialina, contrariamente a quanto si riteneva, sia nello stomaco, dalla presenza di HCl, soltanto inibita, e che possa nel tenue, dopo neutralizzazione dell'acido, per opera del succo enterico e della bile, ritornare ad agire.

* * *

Esaurite le comunicazioni, l'Accademia, in seduta privata, ha proceduto all'elezione delle cariche accademiche per il biennio 1921-1922. Sono risultati eletti:

Presidente: Prof. V. Ascoli.
Vice presidente: Prof. R. Alessandri.
Consiglieri d'amministrazione: Proff. A. Bignami, B. Gosio.
Delegati per la Stampa: Proff: U. Arcangeli, D. Lo Monaco.
Archivista-Bibliotecario: Prof. G. Sergi.
Economo-Cassiere: Prof. R. Dalla Vedova.
Segretario: Prof. N. Leotta.
Vicesegretario: Prof. A. Giannelli.

E. GROSSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche.

Seduta del 16 aprile 1920.

(Presidenza: Prof. I. BONI).

Dettagli di tecnica nella parotidectomia.

ANDREA MAIOCCHI. — Riferisce 2 casi da lui operati di parotidectomia per angiosarcoma della parotide. Nella operazione adottò un metodo speciale che gli permise di isolare e conservare il ramo superiore del facciale colle sue branche dell'orbicolare delle palpebre. Questo metodo venne adottato da lui per la prima volta nel febbraio 1914, e cioè prima che il Duval pubblicasse il suo lavoro sullo stesso argomento: questo A. però per vie un poco diverse cercò lo stesso scopo e venne alle stesse conclusioni, ammettendo che nella parotidectomia eseguita per affezioni non cancerose si può isolare il facciale superiore conservandone la funzione.

Nota clinico-epidemiologica sulla encefalite epidemica.

L. Moncalvi. — Riferendo 10 casi di e. e. conclude:

1° L'encefalite detta letargica e le concomitanti non separabili forme compaiono insieme all'influenza epidemica;

2° Non solo esistono tutte le immaginabili forme di passaggio tra le principali forme cliniche dell'e. influenzale, ma anche fra queste e le più comuni manifestazioni nervose dell'influenza. Inoltre non è eccezionale l'associarsi delle localizzazioni cerebrali con le complicazioni catarrali della malattia;

3° Le attuali e. iniziano di regola con un attacco di influenza e colpiscono quasi solo individui che non contrassero una recente immunità contro l'influenza;

4° Già nelle passate epidemie fu rilevato un abituale rapporto tra influenza ed encefalite.

L'immunità acquisita nell'influenza.

P. Pozzato. — Da sue numerose osservazioni conclude:

1° L'influenza non conferisce immunità assoluta;

2° L'influenza complicata da broncopolmonite conferisce un'immunità a comportamento differente da quello col quale si manifesta nell'influenza semplice, mentre non riesce a preservare dalla recidiva influenzale semplice, mette l'organismo in condizioni da opporsi vittoriosamente alle localizzazioni broncopneumoniche per un periodo di tempo superiore all'anno.

Il liquido cefalo-rachidiano nell'encefalite epidemica.

Boveri P. — Dall'esame del liq. cef.-rach. di 16 individui affetti da e. e., l'O. conclude:

Il liquido non è da considerarsi normale, ma le alterazioni sono molto modeste, e ciò in tutti gli stati della malattia. I diversi tipi clinici della e. e. non dimostrano nessun particolare comportamento del liquido cef.-rach. La modestia delle alterazioni e la uniformità di queste in qualsiasi stadio della malattia sono fatti di grande importanza anche dal punto di vista diagnostico per la diagnosi differenziale con le diverse forme meningitiche.

L. Preti.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 21 gennaio 1921.

Di un caso di catarro primaverile con complicanze corneali in ambo gli occhi.

Rolandi. — Il caso che l'O. illustra presenta interesse diagnostico, in quanto le alterazioni della congiuntiva e delle cornee potevano far sorgere il dubbio si trattasse di un processo tracomatoso a forma papillare associato a catarro primaverile. Ma il reperto microscopico stabilito su pezzetti di congiuntiva esportati da entrambi gli occhi ha dimostrato trattarsi di una pura forma di catarro primaverile in periodo di esacerbazione.

Sul valore diagnostico del segno di Pastia nella scarlattina.

Casassa. — Il segno di Pastia è costituito dalla presenza di linee di colore rosso scuro, quasi ecchimotico, che si presentano in corrispondenza della piega del gomito. L'O. ha ricercato il valore diagnostico di tale segno in circa 1500 casi di scarlattina; egli lo ha trovato costantemente presente in tutti i casi, ora da tutti e due i lati, più di rado, da un lato solo. Esso compare fin dal primo inizio della malattia, è presente per tutta la durata dell'esantema e persiste ancora quando l'esantema è scomparso, mentre non si è ancora iniziata la desquamazione. L'importanza del segno adunque sta essenzialmente nella sua costanza assoluta e nel fatto che esso permette la diagnosi della malattia nel periodo in cui non v'è più l'esantema e non v'è ancora la desquamazione.

Studio sul glaucoma e deduzioni.

Carbone. — L'O. illustra il meccanismo patogenetico e le varie forme del glaucoma, traendone utili deduzioni cliniche.

Pietro Sisto.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Minerbi Cesare. *Un segno fisico nuovo per la diagnosi obbiettiva diretta della nevrosi del cuore.* — Firenze, 1919.

Di Pace Ignazio. *Anestesia generale rachidiana.* — Napoli, 1920.

Minerbi Cesare. *Un nuovo riflesso viscerale: riflesso oculo-miocardio-tonico.* — Roma, 1919.

Del Monte Alberto. *I leucociti viventi sotto l'azione dell'elettricità con speciale riguardo a una linea enigmatica comparente nel campo elettrico.* — Napoli, 1919.

Krebsbüchlein für angehende praktische Aerzte oder Lehren eines alten Practici an seines Sohn, der als Doctor von Universität zurück gekommen ist; Warschau 1823. Ristampa: Die Verbindung, Zürich 6, 1920.

Bertolani Del Rio Maria. *I recenti studî su l'eziologia e la cura della sclerosi a placche.* — Reggio Emilia, 1920.

De Vecchis Beniamino. *Un nuovo otturatore del velo e dei suoi annessi.* — Napoli, 1920.

Minerbi Cesare. *Un segno fisico nuovo per la diagnosi obbiettiva diretta della nevrosi del cuore.* — Firenze, 1919.

Di Pace Ignazio. *Anestesia generale rachidiana.* — Napoli, 1920.

Minerbi Cesare. *Un nuovo riflesso viscerale: riflesso oculo-miocardio-tonico.* — Roma, 1919.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Magrezza e dimagrimento.

La prima è congenita, costituzionale, il secondo è acquisito, secondario a qualche malattia. Secondo la formula di Tartière, il peso di un adulto dovrebbe essere, in chilogrammi, uguale ai centimetri che sono in più del metro in altezza. Si dice: *una volta magro, sempre magro;* ma varie volte accade che uno magro nella prima età, s'ingrossi all'età media. Goldthwaite attribuisce la magrezza ad un'anormale brevità dell'intestino, per il che si determina una impossibilità grossolana ad assimilare tutto il cibo che s'ingerisce. Gigou, secondo Roux (*La Medecine*, luglio 1920) afferma che l'uomo magro richiede 4000 calorie invece di 3000 nella sua alimentazione. L'uomo dimagrito, a differenza dell'uomo magro, può rapidamente crescere in peso appena la causa del disturbo cessa. Non occorre che sia una malattia di carattere, ben definita, a spiegare il dimagrimento. Così un paffuto ragazzo può all'epoca della pubertà dimagrire, come risultato di rapida crescenza, e per varii anni o finchè non sia raggiunto l'equilibrio, egli presenterà sintomi di gastroectasia o di visceroptosi. Una causa endocrina è l'ipertiroidismo. L'iponutrizione può essere condizione etiologica da non trascurare, e in tal caso il semplice riposo a letto con l'iperalimentazione a base di grasso e cereali porterà a guarigione. A meno che la diminuzione di peso sia estrema, alimenti proteici in eccesso non sono indicati. La mancanza di esercizio è controbilanciata dal massaggio, sebbene un po' di esercizio volontario sia compatibile col riposo curativo. Allorchè il dimagrimento non cede a questo trattamento un fattore tossico od un fattore psichico deve essere sospettato. (*Medical Record*, novembre 6, 1920).

N. GENTILE.

Un caso di adrenalismo cronico in un asmatico.

Hoxie e Morris (*Endocrinology*, Los Angeles, 1920, n. 1) hanno osservato un p. il quale per trovar sollievo dalle crisi continuate cui andava incontro, prendeva circa 7 cmc. di soluzione di adrenalina al giorno da sei anni. In uno con l'adrenalina faceva uso di morfina e cloroformio.

All'es. ob. notavasi: notevole enfisema e notevole elevazione della pressione minima, indice di aumento della resistenza vascolare periferica, con abbassamento della massima.

Soppressa per mezza giornata l'adrenalina, il paziente divenne nervoso; comparve cianosi delle labbra, e dita; il polso scomparve: l'iniezione di adrenalina fece cessare tali sintomi, i quali miglioravano sotto l'azione dell'atropina, del nitrito d'amile, e non subivano alcuna oscillazione sotto l'azione della pituitrina e del corpo luteo.

Improvvisamente il malato venne a morte e l'autopsia non mostrò all'infuori di parziale collasso del polmone destro e di piccole chiazze di ateromasia aortica, che una accentuata congestione dei visceri addominali e specie dell'intestino, lesioni queste analoghe a quelle che si trovano negli animali morti per iniezione di adrenalina.

MONTELEONE.

Studi sulla tensione arteriosa nel corso del morbo di Basedow.

Dagli studi di Strickland Goodall e Rogers (*The Britsh medical Journal*, n. 3120, 1920) risulta che nei casi tipici e non complicati di gozzo esoftalmico, la tensione masssima è abitualmente abbassata, mentre è normale quasi la tensione minima.

Durante la malattia vi è un breve periodo di *ipertensione*, determinato da una vasocostrizione periferica dovuta all'azione delle capsule surrenali, un lungo periodo di *ipotensione* che dura anni ed associato a vasodilatazione dei tegumenti: tale stato sarebbe provocato da una sostanza ipotensiva secreta della tiroide, infine una *ipertensione tardiva* per disturbi funzionali del sistema cardiovascolare.

Secondo Kalwhite ed Oliver gli estratti tiroidei avrebbero un'azione ipotensiva: tale azione è più accentuata secondo Mac Carrison, Gley ed altri, se si utilizzano gli estratti di tiroide basedowiana.

L'ipotensione abituale di tali malati, ha un valore compensativo in quanto il cuore sovraccaricato di lavoro si stancherebbe rapidamente se la pressione fosse forte.

Asportata la glandola, la pressione arteriosa dei basedowiani si eleva e talora raggiunge, sebbene temporaneamente, un valore doppio dell'iniziale: tale fatto sarebbe dovuto ad una maggiore attività delle surrenali dopo la tiroidectomia: l'ipertensione così esplicantesi spiega la stanchezza rapida del cuore che si traduce nell'accelerazione ed irregolarità del polso, con fibrillazione auricolare, e che può portare rapidamente a morte.

Una tensione massima bassa in un basedowiano permette di prevedere scarse emorragie nell'atto operativo, mostra che il miocardio è poco stanco e che si avrà solo una piccola ipertensione postoperatoria con minor probabilità di secondaria stanchezza cardiaca.

MONTELEONE.

Trattamento del gozzo.

Sheehan e Newcomb (*Journ. of am. medic. Association*, 10 gennaio 1920) hanno ottenuto la guarigione del gozzo parenchimatoso nel 76 % dei casi trattati con iniezioni di fenolo, tintura di jodio, glicerina a parti uguali. Con tale metodo si ottengono anche miglioramenti nello stato di tireotossicosi del gozzo esoftalmico: il cuore si calma, cresce l'appetito, diminuisce l'irritabilità mentale. Il miglioramento in tal caso è però temporaneo, ma comunque può essere utilizzato per preparare l'ammalato all'operazione, nel caso in cui questa sia ritenuta necessaria. Nessun effetto invece si osserva nelle forme cistiche e colloidi.

fil.

Diabete tiroideo.

È nota la parte che la tiroide gioca nel metabolismo degli idrati di carbonio: l'ingestione di ghiandola facilita la glicosuria alimentare. Inoltre mentre nella malattia di Basedow è frequente l'iperglicemia e la glicosuria, nel mixedema si ha una elevata tolleranza per gli idrati di carbonio.

Rohdenburg riporta (*Endocrinology*, Los Angeles, 1920, t. IV) due esempi a riprova delle relazioni intercedenti fra tiroide ed idrati di carbonio.

Si trattava nel primo di una famiglia di diabetici, nei quali l'ingestione di tiroide o di surrenali aumentava la glicosuria: in tal famiglia due sorelle furono colpite nell'epoca della menopausa da diabete: una morì per favo; l'altra aveva sposato un uomo divenuto in seguito diabetico e morto per coma diabetico: dei due figli avuti uno, giovane, morì per ascesso cerebrale d'origine otitica; l'altro divenne diabetico nell'epoca della pubertà.

L'opoterapia fu tentata in tali casi ed ogni volta che si somministrava la tiroide, si notava accentuazione della glicosuria: essendo il figlio diabetico inoltre affetto da gozzo esoftalmico, fu operato di tiroidectomia parziale la quale fece scomparire la glicosuria.

Nel secondo caso si trattava di una donna di 53 anni, figlia di diabetico, con segni di ipertiroidismo nella quale un'emitiroidectomia aveva portato un notevole miglioramento seguito 3 anni dopo dai sintomi del diabete. Il digiuno fece cessare la glicosuria: praticata allora l'asportazione dell'altro lobo tiroideo, dopo un aumento rapido e fugace della glicosuria attribuibile alle manipolazioni operatorie subite dalla ghiandola, l'escrezione del zucchero cessò completamente.

L'A. pensa che sarebbe razionale amministrare con prudenza tiroide ai diabetici: se ciò esagera la glicosuria, sarebbe indicata la tiroidectomia parziale.

MONTELEONE.

Contributo allo studio delle indicazioni del regime vegetariano (obesità e diabete mellito).

Fra le conoscenze delle quali la medicina si è arricchita negli ultimi tempi per il regime delle restrizioni alimentari imposte dalla guerra ad una enorme quantità di persone, è importante segnalare quelle risultanti dall'azione del regime vegetariano sull'uomo sano e sull'uomo malato: vegetariano considera l'Albu (*Die therapie der Gegenwart*, Berlin, f. 3, 1920) il regime cui sono stati i tedeschi sottoposti per più di tre anni.

Le osservazioni mostrano i preziosi servigi che può dare l'alimentazione vegetale e come cura dimagrante e come cura nel diabete.

Già durante il secondo anno di guerra si poteva constatare e fra ricchi e fra poveri, nei due sessi, in tutte le età, una diminuzione del peso del corpo: interessante il fatto che mentre nella maggior parte della nazione, la perdita in peso del corpo oscillava fra il 10 e il 20 per cento, negli obesi la perdita raggiungeva quasi il terzo.

Notevole inoltre il fatto che il regime di guerra come metodo dimagrante, è fallito completamente nelle obesità congenite di origine endogena o distrofica (tiroidea), fatto questo che conferma l'esperienza di molti anni che le cure dietetiche sono efficaci solo contro l'obesità esogena.

Per quanto riguarda il diabete, in molti casi visti dall'A. si è notata la guarigione spontanea, sotto l'azione del regime di guerra: secondo Albu l'azione curativa in tal caso è dovuta alla restrizione degli albuminoidi e quindi alla mancanza dei maggiori « agenti provocatori » dell'iperglicemia e della glicosuria; le albumine vegetali determinano una irritazione cellulare molto meno intensa delle albumine animali.

Il regime vegetariano risulta utile non solo nelle forme alimentari di diabete, ma anche nei casi gravi accompagnati da acetonuria e diaceturia.

MONTELEONE.

SEMEIOTICA.

I riflessi oculo-cardiaci ed i riflessi vago-simpatici. Quel che possono dare in clinica.

Il *riflesso oculo-cardiaco* (riflesso trigemino vagale del Milaslovitch) sul quale per primi rivolsero l'attenzione il Dagnini di Bologna e l'Aschner di Vienna, consisteva essenzialmente (A. C. Guillaume, *La Presse médicale*, n. 591, 1920) in modificazioni del polso e del respiro durante la compressione lenta e progressiva dei globi oculari: più tardi nella sintomatologia del riflesso entrarono altre manifestazioni riflesse concomitanti.

È certo che la risposta all'eccitazione oculare non si limita alle manifestazioni circolatorie e respiratorie, ma si osserva anche nel dominio dei pilomotori (Sicard) nel dominio della motilità generale (riflesso oculo-motore di Achard-Binet) nell'ambito di alcune escrezioni (riflesso oculo-poliurico, glicosurico, albuminurico).

L'A. propone di distinguer le diverse modalità del riflesso nei quattro tipi seguenti:

1° Tipo comune: alcuni istanti dopo l'inizio della compressione oculare, il polso si rallenta di una diecina di unità al minuto: si possono notare disturbi della conducibilità auricolo-ventricolare, frequenti extrasistoli, una dilatazione ventricolare (*riflesso oculo-cardio-dilatatore*). Accanto alla bradicardia dobbiamo mettere la bradipnea a torto chiamata *riflesso oculo-frenico*, in realtà *riflesso oculo-respiratorio* caratterizzato da lieve rallentamento respiratorio con aumento dell'ampiezza.

2° Esagerazione del tipo precedente: la bradicardia è qui intensa: il numero delle pulsazioni può raggiungere la metà delle normali e più basso ancora.

Parallelamente disturbi del respiro caratterizzati da apnea. Se il precedente è detto R. O. C. *positivo* questo sarà chiamato R. O. C. *fortemente positivo*.

3° Tipo inverso: in alcuni la compressione oculare determina invece della bradicardia e bradipnea, una accentuata tachicardia e tachipnea.

4° Mancanza del riflesso: in alcuni soggetti il R. O. C. è abolito.

Vie del riflesso e condizioni di produzione.

La maggior parte di coloro i quali hanno studiato il riflesso o. c. determinano l'arco afferente o sensitivo del riflesso nel trigemino e l'arco efferente o motore nel vago o nel simpatico. In favore di ciò sta da una parte il fatto che è il quinto paio che assicura la sensibilità dell'orbita e dei suoi annessi (ramo oftalmio del V), che è noto che le manifestazioni sintomatiche del riflesso o. c. possono essere determinate da qualsiasi eccitazione portata su qualsiasi parte del territorio sensitivo del trigemino. Aggiungiamo inoltre che la compressione del vago al collo può determinare tutti i fenomeni osservati nel riflesso o. c. e che l'atropina infine sopprime il riflesso: avremo tanti argomenti così in favore della parte che il vago ha nel riflesso.

Anche per l'arco riflesso del fenomeno in questione occorre la integrità anatomo-fisiologica degli elementi che lo costituiscono: via sensitiva afferente — vie intra-assiali — via efferente motrice. Allo stimolo sensitivo il sistema vegetativo risponde con i due sistemi del vago e del simpatico: nei territori ove le due innervazioni sono in antagonismo, la via interessata e che porta la risposta è la più *sensibile*, la più *eccitabile*, cioè quella che è in stato di ipertonia.

I riflessi vago-simpatici o sensitivo-vegetativi.

Il riflesso oculo-cardio-respiratorio fa parte di un gran riflesso che sorpassa di molto i limiti dell'innervazione cardiopolmonare: la compressione oculare ha un'azione su diversi punti dell'innervazione vegetativa; abbiamo già detto della azione pilomotrice, o sulle diverse escrezioni; Achard-Binet videro la compressione oculare arrestare il brivido.

Notiamo inoltre che la via afferente del riflesso da ulteriori studi deve intendersi non limitata solamente alla sola parte oftalmica, ma estesa a tutte le vie sensitive del trigemino. Eppinger ed Hess hanno mostrato che i fenomeni sintomatici del riflesso possono esser determinati agendo sulla pituitaria non solo meccanicamente quanto chimicamente con ammoniaca, cloroformio, fumo di tabacco. L'insieme delle manifestazioni cardio-respiratorie da irritazione delle vie aeree è conosciuto sotto il nome di riflessi pneo-pneici e pneo-cardiaci di Holmgren-Kratschmer.

Fuori del trigemino, vediamo che ogni eccitazione portata sulla sensibilità in generale è di tal natura da provocare un riflesso vago-simpatico: è celebre l'esperienza di Goltz (arresto del cuore della rana con la percussione dell'intestino). Albert Abrams ha mostrato che le eccitazioni meccaniche, chimiche, elettriche, del torace, determinano una dilatazione polmonare acuta per arresto inspiratorio.

Percy Mitchell ha rivelato l'esistenza di un riflesso cutaneo-gastrico (contrazione gastrica

provocata dal fregamento della pelle della base del torace); aggiungiamo il riflesso del *cul di sacco di Douglas*, ben conosciuto dai chirurgi, e l'arresto o accelerazione cardio-respiratoria che si produce nella sezione delle radici posteriore: ecco tutto un insieme di fatti che mostrano che le eccitazioni sensitive, donde quelle vengono, sono di natura tale da provocare un riflesso vegetativo motore generale, le cui infinite modalità particolari sono conosciute in clinica sotto nomi diversi: riflessi oculo-cardio-respiratorio, cilio-spinale, perineo scrotale, vescicale, rettale.

Coloro i quali si sono occupati di tale riflesso hanno ad esso attribuito scarso valore clinico senza dubbio partendo dalle risposte paradossali esplorato magari in condizioni, patologicamente parlando, simili: il fatto è che già fisiologicamente il riflesso può variare e d'intensità e di forma: così nella stessa giornata, nel periodo digestivo vi è un periodo di ipervagotonia, come nel sonno, ecc. Inoltre è da notare che numerosi soggetti, normali in apparenza, sono dei *piccoli invalidi della vita vegetativa*, in specie si trovano tali soggetti nel sesso femminile.

Bisogna dunque prima di tutto, allorchè si esplora la vita vegetativa con un tale riflesso, fare una minuziosa inchiesta sulle condizioni fisiologiche e patologiche del paziente.

Se vogliamo ora parlare del posto che devono occupare i riflessi sensitivo-vegetativi in patologia, non parrà esagerato dire che la loro importanza è considerevole e che dallo *shock* all'asma si può invocare il loro intervento in numerosi processi patologici: non è qui il luogo ove estendersi a parlare dell'*asma nasale* o dello *starnuto*, due varietà di un insieme patologico nel quale si vede prodursi in terreno sensibilizzato una violenta risposta ad una eccitazione banale; Abrams invoca il riflesso sensitivo-vegetativo per giustificare la correlazione esistente fra malformazioni nasali ed enfisema secondario: non sappiamo inoltre che la compressione intranasale dà luogo ad una crisi di asma?

Qualunque cosa sia, noi possiamo concludere di avere nei diversi riflessi della vita vegetativa mezzi ottimi di esplorazione clinica di questa via e delle sue manifestazioni, mezzi eccellenti per penetrare meglio nell'intimo delle numerose affezioni (psicosi, nevrosi) che attualmente sono sballottate dalle specialità alla medicina generale, senza trovare nè in questa nè in quella il giusto posto.

MONTELEONE.

Valore diagnostico dell'oftalmoreazione con l'adrenalina e con l'ipofisina nelle malattie del sistema endocrino.

Csèpai osservò che instillando in un occhio (l'altro occhio serve di controllo) tre gocce di adrenalina al millesimo in pochi minuti si produce imbianchimento della congiuntiva che dura 10-20'. Quando tale pallore persiste per un tempo superiore alla norma, si dice che la prova è *positiva* ed indicherebbe una ipofunzionalità delle ghiandole surrenali. Howard ritiene che il pallore congiuntivale possa persistere per 30' anche in soggetti normali. Csèpai osservò inoltre che l'istillazione nel sacco congiuntivale di tre goccie di pituitrina del commercio non determina alcun imbiancamento o questo è lieve e dura al massimo 10'. In certe malattie del sistema endocrino si ha invece pallore che persiste oltre i 10': allora la prova si dice *positiva;* così in 26 casi di acromegalia durò 25'; in casi di distrofia adiposo-genitale, di morbo di Addison, di mixedema, di morbo di Graves e di diabete mellito fu negativa. Inoltre la prova della pituitrina sarebbe negativa in tutti i casi in cui è positiva quella dell'adrenalina.

G. Saccomanno (*Folia Medica*, 1920, n. 28, pag. 649), riferisce personali esperienze eseguite sulle predette prove.

Eseguì prima le reazioni su 12 individui sani e normali ottenendo risultati concordanti con quelli di Csèpai. Ha poi praticato le sue prove su 14 malati. In 4 individui affetti da varie forme di tubercolosi è risultata positiva la prova dell'adrenalina e negativa quella della pituitrina. In due casi di nefrite interstiziale eseguì la sola prova della pituitrina che ebbe esito positivo. In un caso di grave nevrastenia si riscontrò una reazione all'adrenalina al di sotto della norma che deporrebbe per uno stato di surrenalismo. In un caso di polisarcia si ebbe positiva la prova con l'adrenalina. Ambedue le prove furono positive, in un caso di morbo di Graves, in uno di sordità progressiva e in uno di insufficienza ovarica. In tre soggetti con gravi alterazioni costituzionali consistenti in deficienza di sviluppo, infantilismo, mancanza della sessualità, risultarono positive ambedue le prove. In questi tre ultimi casi non vi può essere dubbio sull'alterazione del sistema endocrino e ciò tende a far dare una certa importanza alle due prove. L'A. conclude affermando di non avere in mano elementi sufficienti di giudizio sulle due reazioni.

M.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Alterazioni epatiche e glicosuria nella malaria latente.

(O. JEBENZ. *Med. Klinik*, n. 48, 1920).

In molti casi di malaria latente la diagnosi, difficile perchè il quadro clinico è dominato da alterazioni di varî organi interni, riesce possibile soltanto mediante la provocazione artificiale degli accessi (irradiazioni, iniezioni di adrenalina).

Gli organi interni che più spesso sono alterati nella malaria latente sono la milza e il fegato; talvolta sono alterati gli organi che regolano il ricambio degli idrati di carbonio (pancreas?). Indice di una certa insufficienza delle cellule epatiche è l'urobilinuria, tanto comune nella malaria latente da assume un'importanza diagnostico-differenziale. Le alterazioni epatiche sono provocate in parte dalle tossine dei plasmodî, in parte da alterazioni circolatorie (i parassiti otturano meccanicamente i capillari). Il fegato, iperemico e ingrossato durante gli stadî acuti, subisce delle profonde alterazioni se l'infezione, anzichè guarire, passa allo stato cronico; esso si ingrossa allora per proliferazione del connettivo portale e per aumento del parenchima; le cellule epatiche sono ingrandite e torbide. Ulteriormente si possono sviluppare delle alterazioni regressive; è però dubbio se la sola malaria possa produrre una vera cirrosi epatica. Quando, riconosciuta la malaria latente, si intraprende la cura chininica, la regressione delle alterazioni epatiche è lenta.

Alcuni malarici presentano, soltanto durante gli accessi febbrili, una glicosuria; essa scompare permanentemente dopo la guarigione. È possibile che la malaria cronica e spesso recidivante provochi delle alterazioni profonde negli organi che regolano il ricambio degli idrati di carbonio, così da trasformare la glicosuria in un vero diabete. Alcuni di tali casi sono riferiti nella letteratura. POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1282) *Paralisi ostetriche.* — Al dott. G. C. da C.:

Le paralisi facciali consecutive ad applicazione di forcipe di solito scompaiono spontaneamente prima della terza settimana: sovente durano anche meno. In genere non vi è quindi luogo a cure speciali. A. di S.

(1283) *Pubblicazioni di endocrinologia.* — Ai dottori S. da Roma e D. D. S. da Livorno.

Trattati:

N. PENDE, *Endocrinologia;* Milano, Vallardi (senza data).

E. GLEY, *Les sécrétions internes;* Parigi, J.-B. Baillière, 1914.

E. GLEY, *Quatre leçons sur les sécrétions internes;* ibidem, 1920.

NAAMÉ, *Études d'endocrinologie;* Parigi, A. Maloine, 1913.

A. BIEDL, *Innere Sekretionen;* Berlino e Vienna, Urban & Schwarzenberg, 1910-13.

N. FALTA, *Die Erkrankungen der Blutdrüse;* Berlino, Springer, 1913 (traduz. ital.: *Le malattie delle glandole sanguigne;* Milano, Società Editrice Libraria, 1914).

A. E. SCHAEFER, *Endocrine Organs:* an introduction to the study of internal secretions, Londra, Longmans, 1917.

E. H. STARLING, *The fluids of the body;* Londra, Constable, 1909.

Ch. E. DE M. SAJONS, *Internal secretions and the principles of Medicine;* Londra, F. A. Davis Co., 1911.

Periodici:

Endocrinology, Los Angeles (California), Title Insurance Building, 1100-1103.

Revista Sud-Americana de Endocrinologia ecc., Avenida de Mayo 1288, Buenos Aires.

L. V.

(1284) All'abbonato 6740:

Manualetti pratici un po' antichi, ma sempre consigliabili *per ufficiali sanitarii,* sono: il « Manuale dell'ufficiale sanitario » del Belfiore (Manuali Pierro, Napoli); la « Guida dell'ufficiale sanitario » del Geraci, edita a Reggio Calabria da Paolo Lombardi. Sulle carni e sulle malattie degli animali da macello può consultare: « Carni fresche, salate, ecc. » del Nosotti, pubblicato dal Dumolard di Milano; « Carni fresche » di Maggiora e Musso (Torino, Unione Tip.-Ed.); « Igiene della carne, manuale d'ispezione sanitaria » del Brusaferro (Torino, Unione Tip.-Ed.).

Nel «Manuale dell'Igienista» del Celli, pubblicato dalla Unione Tip.-Ed. Torinese, gli argomenti che interessano il collega sono ampiamente trattati dal punto di vista pratico.

g. s.

(1285) All'abb. n. 2247, Novara:

Suggeriamo: FERRIO, *Terminologia clinica* (Unione Tipografico-Editrice Torinese).

R. B.

(1286) All'abbonato 4450:

Può consultare: OUDIN e ZIMMERN: *Radiothérapie. Radiumthérapie, Photothérapie.* Baillière, Parigi. — A. AIMES: *La pratique de l'héliothérapie.* A. Maloine, Parigi.

Sulla cura del sole artificiale, esistono diversi lavori, sparsi in diverse riviste. Le ditte che fabbricano gli apparecchi hanno raccolto in proposito la relativa letteratura. *fil.*

(1287) Al dott. D. C. da R.:

Sul piede piatto doloroso pubblicheremo prossimamente uno studio sintetico. DR.

VARIA

I risultati della leva in Italia.

Dalla relazione sulla leva di terra per i nati nell'anno 1893 togliamo alcuni dati che ci sembrano interessanti. Si sono presentati a detta leva 502.221 giovani, di cui 369.953 nati nel 1893; vi sono stati 92.650 riformati, di cui 76.813 per malattie od imperfezioni e 15.837 per deficienza di statura; vi sono stati inoltre 120.292 dichiarati rivedibili; fra cui 80.758 per infermità presunte sanabili, 31.123 per debolezza di costituzione e 5.961 per deficienza di statura. La leva del 1893 presenta un sensibile miglioramento in confronto di quella del 1892, in quanto che nella prima la proporzione dei riformati è stata del 20.90 % mentre nella seconda era stata di 21.91 %. Il numero più alto di riforme si è avuto per deficienza di sviluppo toracico, per debolezza di costituzione, per ernie viscerali, per oligoemia ed altre cachessie: vengono in seguito le congiuntiviti croniche, i vizî di conformazione della cassa toracica, il cirsocele, le varici, ecc. Le più elevate proporzioni di abili si trovano nel Veneto, Emilia, Lombardia, Toscana, Lazio, Abruzzi: le più basse nelle Calabrie, in Sardegna. Il maggior numero di riformati si riscontra fra i calzolai, esercenti belle arti, artigiani diversi, commercianti, mentre il minore si trova fra i marinai e pescatori, fra gli uomini di fatica non addetti a lavori fissi, armaiuoli, maniscalchi, ecc.

L'esame della statura offre particolarità diverse secondo le regioni: su 431.269 individui misurati, ve ne erano 33 che non arrivavano a m. 1.25; fra questi anche uno di m. 0.75. Le provincie con un maggior numero di inscritti di statura inferiore a quella regolamentare di m. 1.54, sono state quelle di Cagliari (circa il 15 % dei misurati), Caltanissetta e Cosenza (13 %), Potenza, Sassari (10 %). Le provincie invece in cui si ebbe un maggior numero di inscritti, che superavano m. 1.75 sono state quelle di Lucca (17 % dei misurati), Treviso (14 %), Udine (13 %), ecc. La massima statura assoluta si verificò nella provincia di Roma (m. 2.01). La statura media degli inscritti risultò di m. 1.63; quella di coloro che raggiunsero o superarono la misura legale fu di metri 1.64. Quando si dispongano in serie crescente le percentuali degli inscritti secondo la statura, si vede che l'addensamento attorno ad alcune misure (massimi coefficienti del binomio di Newton) è vario secondo le regioni: nel Piemonte, p. es., i massimi coefficienti si trovano fra m. 1.62-1.66; nel Veneto fra 1.65-1.69, mentre scendiamo nella Basilicata a 1.59-1.63, nelle Calabrie a 1.58-1.62.

Per quanto riguarda l'analfabetismo purtroppo le cifre sono tuttora sconfortanti: gli analfabeti erano il 28.06 % in tutto il regno, con i minimi in Piemonte (7.29); Lombardia (12.50); ed i massimi in Basilicata (58.07), Sardegna (50.11), Puglie (46.31).

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La via più lunga.

La polemica sulle assicurazioni-malattie procede serrata e concitata.

Il dottor Verney, che ha il merito di avere messo in discussione i problemi riguardanti i rapporti tra i medici e il progettato istituto assicuratore, sostiene con vivacità pari alla competenza il suo punto di vista, e tiene testa agli avversari del suo sistema. Ma tanta discussione in fondo non fa che spegnere o intiepidire certi entusiasmi verso un'istituzione che a torto si era ritenuta benefica o per lo meno applicabile senza danni. In effetti la conclusione del discorrere è questa, che, come è già stato rilevato, tutti i sistemi proposti per definire i rapporti fra medici ed ente assicuratore, fra medici ed assicurati presentano deficienze tali, da rendere sconsigliabile l'applicazione dell'assicurazione-malattie. I medici appassionandosi a regolare la loro situazione contribuiscono così a sventare un pericolo per la nazione, contribuiscono a dimostrare la inapplicabilità di un sistema assicurativo che per altre, per molte altre ragioni costituirebbe un vero disastro economico e finanziario per il Paese e per lo Stato.

In effetti l'assicurazione-malattie così come è attualmente progettata gratificherebbe lo Stato di una enorme, ingombrante burocrazia, in confronto della quale quella ora esistente sarebbe un gingillo; determinerebbe una serie di abusi e di frodi abbassando ancor più il livello morale del popolo; costituirebbe un incentivo all'ozio, che dopo l'applicazione delle otto ore di lavoro e con la tendenza allo sciopero dei nostri operai, non ha bisogno di avere nuovi motivi di incremento.

Di fronte a questi e ad altri svantaggi i benefici non sono così evidenti come si potrebbe a prima vista credere o come ritengono coloro che sono facili agli entusiasmi per le istituzioni di marca esotica, per tutto ciò che ha sapore di novità o di demagogia, o che si lasciano sedurre da fini umanitarii senza tener conto del grado di civiltà indispensabile per l'attuazione di certe istituzioni.

Il bisogno di tale sistema assicurativo non è gran che o meglio non è affatto sentito dalla massa dei lavoratori. Ciò in parte perchè nel nostro popolo manca un sufficiente spirito di previdenza (l'accoglimento fatto all'assicurazione invalidità e vecchiaia insegni) ma sopra tutto perchè mancano le condizioni necessarie che ne facciano sentire un tale bisogno.

Tanto ciò è vero che le organizzazioni operaie se ne disinteressano quasi del tutto, o se ne interessano con poco calore, ed il Gruppo Parlamentare Socialista, che pure, per assicurarsi il favore elettorale delle folle, ha inscenato l'ostruzionismo contro l'aumento del pane, lascia tranquillamente dormire il progetto al Ministero del Lavoro. Ed è gran ventura che nessuno lo desti.

E vigila perchè nessuno faccia rumore anche il ministro Labriola, che teme di assumere la paternità di un figlio della cui vitalità non è convinto. A chi gli parla del progetto dice delle cose graziose e spiritose; a chi lo invita a precisare le particolarità del progetto fa dichiarazioni perfettamente opposte a quelle fatte ad altri il giorno innanzi.

Il ministro Labriola è uno scettico: non crede a quel che dice e non ha fiducia in quel che fa. Tuttavia non gli si può negare la intelligenza pronta ed illuminata. Ed egli ha ben compreso quali sono veramente le necessità sanitarie immediate del nostro Paese. Al nostro popolo non è necessario il piccolo, sempre insufficiente sussidio giornaliero che può corrispondere un ente assicuratore, e tanto meno avverte il bisogno della cura medica gratuita: di medici in Italia ce ne è tanti, che ognuno può procurarseli sempre e dovunque ed a tutti i prezzi.

L'Italia manca di adeguata assistenza ospedaliera.

Il Labriola ad un amico che gli faceva delle obiezioni sulla opportunità della istituzione dell'assicurazione-malattie, e sui possibili danni e difficoltà pratiche che sarebbero derivate dall'applicazione della legge, rispondeva:

« L'Istituto dell'assicurazione-malattia è necessario per risolvere la crisi ospedaliera e per far sorgere ospedali nel Mezzogiorno ».

Il ministro ha così dimostrato di ben conoscere quali siano effettivamente le deficienze sanitarie del nostro Paese e come sia necessario porvi riparo ad ogni costo.

Ma crediamo che il problema non possa essere risolto con l'espediente escogitato dal ministro: è un procedimento troppo lento, troppo dispendioso, troppo incerto.

L'Italia ha bisogno di ospedali e non può attendere che tale necessità sia soddisfatta attraverso sperimentazioni e manovre politiche e burocratiche.

Il numero degli ospedali è inadeguato ai bisogni che si fanno sempre più vivi e più diffusi.

La coscienza della maggiore efficacia della assistenza ospedaliera in confronto di quella domiciliare spinge all'ospedale malati di ogni condizione sociale, mentre fino a qualche diecina di anni fa la paura, un senso di disgusto, forse ingiustificato, teneva lontani la maggior parte dei malati dagli ospedali che rimanevano così riservati quasi esclusivamente agli indigenti.

Oggi questo stato di coscienza è superato: moltissimi preferiscono l'ospedale o la casa di salute anche se costi molto.

Di fronte a questo aumento di domanda in molte città d'Italia non si è verificato un corrispondente accrescimento della capacità nosocomiale. Questa è rimasta immutata o quasi, e le cose minacciano di andare ancora peggio per il fallimento finanziario che incombe su parecchie amministrazioni che con rendite svalutate devono provvedere alle sempre crescenti e più complesse esigenze della cura dei ricoverati.

Naturalmente questo stato di cose è più grave, si dovrebbe dire intollerabile per un paese civile, nel Mezzogiorno dove al servizio di spedalità provvede quasi esclusivamente Napoli. Questa città ha ospedali insufficienti anche per i propri bisogni. Eppure deve provvedere per il ricovero dei malati di tutte le provincie meridionali, per il ricovero di tutti gli infermi provenienti dai piroscafi che approdano a Napoli. Notisi che Napoli per numero di passeggieri è il primo porto d'Italia. Intanto Napoli non ha che 2000 letti mentre Milano ne ha quasi 9000, Roma 7000.

Di fronte a fatti così impressionanti ogni indugio è colpevole.

Voler risolvere questo problema, che ha bisogno di soluzione immediata, attraverso un altro problema la cui soluzione non è facile e tanto meno sollecita, significa non rendersi conto esatto della realtà.

Il ministro Labriola vede giusto, ma la via da lui prescelta per raggiungere la meta è più lunga ed anche la meno sicura.

Pangloss.

***

Sullo stesso argomento riceviamo una lettera del dott. Cingolani: la pubblicheremo nel prossimo numero.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8689) *Cassa di previdenza - Contributi.* — Dottore L. P. da S. C. dei B. — Il Comune deve pagare tre contributi perchè tre sono i posti di medico condotto previsti in organico. A Lei compete il pagamento del contributo di sole lire 132 annue.

(8690) *Contributo cassa di previdenza.* — Dottore abbonato 7894. — Dal pagamento del contributo alla Cassa di previdenza non si può essere dispensato perchè esso è obbligatorio per tutti i medici condotti regolarmente nominati. Se però Ella è costà medico interinale, non ha obbligo della iscrizione e può chiedere la restituzione delle somme pagate, rivolgendo analoga domanda all'Ufficio sanitario della Provincia.

(8691) *Cura ospedaliera - Spesa a carico del Comune.* — Dott. V. M. da B. V. — Ella ha pienamente ragione. Non è permesso nè di fare passare come poveri persone benestanti nei rapporti della cura ospedaliera, nè di farsi rimborsare dallo Stato somme per spedalità non consumate da veri poveri. Sarà bene denunziare il fatto alle autorità competenti, cioè, al Prefetto della Provincia.

(8692) *Abolizione della condotta piena.* — Dottore G. B. da O. — Con Circolare del 26 agosto 1919, n. 20400, il Ministero dell'Interno ordinava la soppressione delle condotte piene ove esistono, dichiarando che la relativa spesa non rientra nelle spese facoltative consentite per via di eccezione dagli articoli 313 e 315 della legge comunale e neanche nella più ampia dizione dello articolo 312 della legge stessa in quanto che essa non è diretta a soddisfare un bisogno collettivo, ma bensì un bisogno essenzialmente individuale.

Di guisa che la spesa per la condotta piena può, anzi deve, essere senz'altro depennata dai bilanci comunali, ancorchè essi non presentino eccedenza al limite normale della sovraimposta. A causa della abolizione della condotta piena non compete, poi, ai medici, ancorchè stabili, alcun indennizzo perchè essi doveano ben conoscere che sulla corrispondente parte dello stipendio non potevano fare sicuro e stabile assegnamento.

(8693) *Pensioni.* — Dott. G. L. M. da P. — Con 32 anni di servizio e 63 di età, liquiderà annue lire 2045 di pensione; con 36 anni di servizio e 67 di età liquiderà lire 2949, con 34 anni di servizio e 63 di età liquiderà lire 2308 e con 38 anni di servizio e 67 di età, liquiderà lire 3000.

(8694) *Compenso per prestazioni professionali non comprese in capitolato.* — Dott. G. A. da V. — Ella ha pienamente ragione. Ha, in ogni caso, prestato un servizio che non dovea prestare. Non si discute l'agire del Comune che provoca ed ottiene un cambiamento di circoscrizione delle sue condotte senza darne partecipazione per lo spazio di 4 anni al sanitario. In caso di ulteriore ritardo o di rifiuto da parte del Comune ricorra alla G. P. A. chiedendo anche un aumento di stipendio ai sensi dell'art. 26 della legge sanitaria.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

Baldissero (*Torino*). — Consorzio; L. 4600; quinquenni del decimo; cavallo L. 1800; alloggio 200; uff. san. 500. Scad. 20 marzo.

Bozzolo (*Novara*). — A tutto 20 marzo due condotte: L. 6750 e 5 quadrienni del decimo; doppio caro-viveri come corrisposti dallo Stato; indennità bicicletta L. 600; assegno congregatizio L. 1000 per servizio ospedaliero.

Bucine (*Arezzo*). — A tutto 10 marzo 3ª condotta; L. 6000 lorde; L. 4500 nette d'indenn. cavalcatura per il 1921; caro-viv.; 4 quinquenni del decimo. Residenziale; congruo aumento di stipendio oltre 1500 polveri.

Castelletto Scazzoso (*Alessandria*). — Poveri; L. 4000; uff. san. L. 500; caro-viveri; ambulatorio Scad. 15 marzo.

Castel S. Pietro dell'Emilia (*Bologna*). — Per il nuovo ordinamento del servizio sanitario restano vacanti quattro delle sei condotte medico-chirurgiche residenziali, di cui due consorziali; stipendio L. 8000; per le due ultime L. 9000; caroviveri; aumenti periodici; L. 3000 mezzo trasporto; L. 3 per ogni povero in più oltre i 1000. Capitolato consono a quello stabilito fra Associazione Medici condotti (Sezione di Bologna) e Associazione Sindaci della Provincia. Scad. 15 marzo.

Commessaggio (*Mantova*). — Condotta; L. 8038.80 e 3 quinquenni di un decimo; L. 800 trasp.; L. 500 uff. san.; doppio c.-v. e L. 0.85 al giorno per ogni persona a carico. Scad. 15 marzo.

Erbezzo (*Verona*). — Poveri; L. 9000; c.-v.; lire 1000 trasp.; L. 300 uff. san.; L. 400 a. f. Scadenza 15 marzo.

Garbagna Novarese (*Novara*). — L. 4000 fino a 300 poveri; L. 4 ogni povero in più (1302 poveri su 1439 ab.); L. 500 per u. s.; L. 1800 per cavallo. Scad. 15 marzo.

Giussano (*Milano*). — *Ospedale Civile Borella*. — Direttore; L. 10,000 elevabile subito a 15,000; alloggio, ecc. Titoli o esami, o titoli ed esami a scelta dei concorrenti. Età massima 39. Cinque anni di laurea di cui 3 di pratica continuata in grande ospedale, a preferenza chirurgica. Scad. 10 mar.

La Loggia (*Torino*). — Condotta; L. 4000; per uff. san. L. 500; c.-v.; alloggio. Scad. 19 marzo.

Monte San Vito (*Ancona*). — Due condotte poveri; L. 11,000; doppio c.-v.; trasporto L. 2400; al direttore dell'ospedale L. 1000. Scad. 12 marzo.

Pergola (*Pesoro-Urbino*). — Al 31 marzo, concorsi a: medico primario della città con direzione dell'Ospedale; chirurgo primario con servizio in città e all'Ospedale; medico-chirurgo per la zona orientale della campagna; medico-chirurgo per Montesecco; stipendi L. 8000, 10,000, 8000 e 8000 rispettivamente, riducibili a 6000, 8000, 6000 e 6000 se le condotte verranno trasformate in residenziali e tariffa per gli abbienti; doppio caro-viveri; agli ultimi due posti è annessa l'indennità di lire 1800 per cavalc.; al primo posto può essere annesso l'incarico di uff. san.

Roma. — *Cassa Nazionale Infortuni*. — La scadenza del concorso a capo del Servizio Medico è prorogata al 31 marzo. (Ricordiamo che il concorso è diffidato).

Ronco Canavese (*Torino*). — Consorzio; L. 7600 e c.-v. Scad. 15 marzo.

Rovescala (*Pavia*). — Condotta; L. 5500; oltre i 1000 poveri L. 1000; per uff. san. L. 300. Scadenza 15 marzo.

Sassocorvaro (*Pesaro*). — Due condotte piene; L. 8000 oltre L. 1800 per cav. e L. 1200 per c.-v.; al direttore dell'osped. L. 1000; all'uff. san. L. 400. Scadenza 15 marzo.

Viola (*Cuneo*). — Consorzio; L. 5000; per uff. san. L. 500; c.-v. Scad. 15 marzo.

Chirurgo pratica ospedaliera occuperebbesi Direzione ospedale provincia Roma. — Arnaldo Pozzi, via Sistina 20, Roma.

Diffide.

Nuove diffide: Castelfranco di Sotto (Firenze); Cenate Sotto (Bergamo); Trucuzzano (Milano); tutti i Comuni della prov. di Piacenza, salvo Sarmato, Caorso, Mortizza, San Lazzaro Albertoni, Monticelli d'Ongina, Carpaneto, Travo e S. Pietro in Cerro.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Sulle visite fiscali dei medici provinciali.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale di Sanità) ha diretto ai Ministeri e per conoscenza ai Prefetti, una Circolare che disciplina le visite mediche eseguite dai Medici provinciali, chieste con crescente frequenza da quasi tutte le Amministrazioni dello Stato, a mezzo delle Prefetture del Regno.

Si tratta di visite occorrenti a norma dell'articolo 68 del R. Decreto 23 ottobre 1919, n. 1971, per accertare preventivamente il requisito dell'attitudine fisica al regolare disimpegno delle funzioni inerenti al posto da conferire.

La via così tenuta dalle Amministrazioni, oltre che riuscire spesso praticamente la più lunga, perchè i medici provinciali, già sovraccarichi di lavoro per le incombenze proprie del loro ufficio, non possono eseguire le visite richieste con la sollecitudine insita nelle finalità stesse per le quali vengono domandate, riesce il più delle volte di notevole intralcio al regolare andamento dei servizi cui quei funzionari sono chiamati a provvedere di loro istituto.

Tali circostanze inducono a richiamare la particolare attenzione delle varie Amministrazioni sui criteri restrittivi che debbono seguirsi in materia di esecuzione di visite fiscali da parte dei medici provinciali: criteri che furono già fissati dalla Circolare 5 luglio 1902, n. 20400, 4, *A*.

Si fa invito di non ricorrere ulteriormente all'opera dei medici provinciali se non *in linea assolutamente eccezionale*.

In relazione con i principii già sanciti nella cennata Circolare, si mette in rilievo che le visite mediche fiscali di che trattasi, quantunque richieste dall'Amministrazione, non possono non

considerarsi se non *eseguite nell'interesse dei privati,* giacchè è appunto per dare ad essi la possibilità di essere nominati da parte dell'Amministrazione ai posti per i quali sono riusciti vincitori dei concorsi, che le visite stesse vengono richieste ed eseguite.

Da ciò deriva che per le dette visite i medici provinciali hanno diritto a percepire a carico degli interessati il compenso previsto dalla ripetuta Circolare per i casi indicati alla lettera *c*) della circolare stessa: compenso che da lire 10 come là previsto, è stato portato a lire 20 con la Circolare 12 giugno 1919, n. 20400, *A.*, oltre beninteso, allorquando la visita si effettui fuori della residenza del funzionario, le indennità di viaggio e di soggiorno determinate dal R. Decreto 14 settembre 1919, n. 1311, e dall'art. 3 del Decreto Ministeriale 30 aprile 1919.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia durante il gennaio 1921.

Iniziamo con questo numero le informazioni sulle principali malattie infettive in Italia, desumendole dal Bollettino, pubblicato dalla Direzione di Sanità, in base alle denunzie, che arrivano al Ministero.

I dati che qui si riferiscono non possono che essere affatto riassuntivi: invece però di limitarci a dare il numero dei casi e dei comuni infetti, aggiungiamo l'enumerazione delle regioni in cui questi ultimi sono in maggior numero. Ci sembra che ciò possa meglio contribuire a rispecchiare la prevalenza di una determinata malattia infettiva nell'una o nell'altra parte d'Italia. Il fenomeno però va riguardato soltanto nelle sue linee generali, anche perchè la fisonomia demografica dell'Italia è alquanto varia, prevalendo al settentrione i piccoli comuni, al mezzogiorno quelli più popolosi, sicchè ad un numero uguale di comuni corrisponde una cifra globale di popolazione minore nei primi.

Comunque, è questo un criterio meno fallace che quello di riportare i comuni in cui si è verificato il maggior numero assoluto dei casi, poichè si vedrebbero, in tal modo, figurare quasi sempre i grandi centri, per i quali, invece, è ovvio che un numero relativamente elevato rappresenta una proporzione di gran lunga inferiore ad un numero assai più basso, osservato in un comune più piccolo.

Riteniamo invece utile di riportare quei comuni in cui un numero di casi, insolitamente alto, fa ritenere probabile che vi si sia sviluppato un episodio epidemico di una certa importanza.

In complesso, si osserva che il morbillo ha caratteristiche accensioni a focolai, che si vanno spostando e così pure, in proporzioni infinitamente minori e con minore tendenza allo spostamento, accade per il vajuolo ed in misura meno chiara per la scarlattina. Il tifo addominale e la difterite si verificano per lo più in casi affatto isolati per ogni comune. Meningite cerebro-spinale, tifo esantematico, dissenteria, rappresentano delle rarità.

Ecco ora il numero dei comuni infetti e dei casi osservati nel gennaio 1921; la divisione è fatta per settimana.

MALATTIE	3-9		10-16		17-23		24-30	
	Comuni Inf.	Casi	Comunì Inf.	Casi	Comuni Inf.	Casi	Comuni nf.	Casi
Morbillo	177	1563	178	1451	6	2083	186	1932
Scarlattina	84	293	71	170	53	143	60	138
Vaiuolo e vaiuoloide	49	133	50	196	61	243	52	168
Tifo addominale .	178	353	161	329	127	266	123	251
Difterite e croup	180	346	210	356	147	247	154	246
Meningite cerebro-spinale	1	1	—	—	1	1	2	2
Dissenteria	1	1	1	2	—	—	—	—
Tifo petecchiale .	—	—	—	—	—	—	1	4

Dal 3 al 9 genn.: *Morbillo.* — Piemonte, Lombardia, Emilia, Toscana, Puglie, Veneto, Campania, Torino 165 casi, Endine (Bergamo) 80.

Scarlattina. — Lazio, Lombardia, Puglie, Roma 66 casi.

Vajuolo. — Sicilia, Abruzzi, Campania, S. Giorgio Morgeto 13.

Tifo add. — Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana, Abruzzi, Sicilia, Mondovì 11.

Difterite. — Veneto, Lombardia, Emilia, Sicilia, Piemonte, Asti 27.

Dal 10 al 16 gennaio: *Morbillo.* — Lombardia, Piemonte, Emilia, Toscana, Campania, Gavardo (Brescia) 30; Cappelle Cantone (Cremona) 25; S. Damiano al Colle (Pavia) 42; Copparo (Ferrara) 24.

Scarlattina. — Lombardia, Emilia, Lazio.

Vajuolo. — Sicilia, Campania.

Tifo. — Emilia, Veneto, Toscana, Lombardia, Piemonte, Abruzzi.

Difterite. — Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana, Sicilia.

Dal 17 al 23 gennaio: *Morbillo.* — Piemonte (Torino 280, Carisio 60, Hône 35, Primeglio Scherano 30, Venezia Reale 29); Lombardia (Gavardo 48, Villanuova sul Clisi 30); Emilia, Toscana (Carrara 350); Umbria.

Scarlattina. — Lazio, Lombardia.

Vajuolo. — Puglie, Sicilia (Palermo 76).

Tifo. — Emilia, Lombardia, Piemonte (Mondovì 16, Ivrea 19); Abruzzi.

Difterite. — Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia, Toscana, Marche.

Dal 24 al 30 gennaio: *Morbillo.* — Piemonte (Torino 123, Piscina 84, Castelvero d'Asti 30); Lombardia (Costa Volpino 50, S. Benedetto Po, Asola 45); Emilia (Argenta 130, Castelnuovo Rangone 51); Toscana (Serravalle Pistoiese 30); Lazio (Capranica 200, Palombara Sabina 64).

Scarlattina. — Lazio, Piemonte.

Vajuolo. — Sicilia (Palermo 64); Campania (Prusciano 10).

Tifo. — Veneto, Piemonte (Asti 27); Lombardia, Abruzzi e Molise.

Difterite. — Veneto, Lombardia, Emilia, Piemonte, Toscana.

fil.

LITORA ALIENA

(Nostre corrispondenze)

L'Italian Benevolent Institute and Hospital di New York.

Situato sulle sponde dell'*East River*, una delle posizioni più amene e più quiete della città babelica, col suo aspetto lindo, suscita nel visitatore italiano una prima favorevole impressione.

L'Ospedale, capace solo di 100 letti, è costituito di due fabbricati: il principale di cinque piani, pel ricovero degl'infermi, ed un secondo adibito a casa delle infermiere (*nurses home*).

Le *nurses* occupano anche il primo piano di una casa contigua.

L'Istituto è provvisto di un gabinetto Roentgen, di ascensore elettrico, di impianti per l'acqua calda, ecc.

Al piano terreno e nel sottosuolo vi sono varie sale adibite a dispensari per le varie specialità, una sala incisoria con due celle frigorifere, ecc.

Al secondo piano si trovano due sale: una per la medicina uomini, una per la pediatria; vi è inoltre l'alloggio per gli interni dell'Istituto: al terzo tre sale di chirurgia donne e una stanzetta di medicatura: al quarto chirurgia uomini e una grande sala di operazione in buona luce; al quinto l'altra sala operatoria (ginecologica), le camerette per i pensionati a due letti, e il gabinetto di analisi. I letti sono in genere a pagamento: nelle sale comuni i degenti pagano 21 dollari alla settimana; alcuni però entrano gratuitamente. I pensionanti corrispondono 47 dollari la settimana, più 10 dollari per tassa di gabinetto, medico a parte, s'intende, secondo il sistema americano, eccetto per quelli che sono ricoverati gratis. Per questi il Consiglio dei medici dell'ospedale (*Staff*) destina a turno uno di loro.

Dal lato disciplinare tutto è nelle mani di una *nurse superintendent*. Dal lato tecnico: i medici dello *Staff* mandano i malati dall'esterno; li riceve nell'ospedale uno degli studenti (in genere cinque) capitanati dall'*house surgeon*, che talvolta è un laureato di recente. Sotto di lui è l'*house phisician* e gli altri in serie. Il ciclo ospitaliero degli interni dura un anno.

Il turno di carica dura tre mesi per l'*house surgeon*, tre per l'*house phisician*, ecc. Alla fine della carriera l'ospedale rilascia un attestato che serve all'interno a documentare, negli esami di Stato, la necessaria presenza per un anno negli ospedali.

L'*house surgeon* è un assistente al chirurgo (in genere il chirurgo porta con sè l'aiuto dall'esterno).

Egli dovrebbe sorvegliare la preparazione del malato, ed è responsabile di tutti gli atti preliminari ad un'operazione, compreso l'esame clinico, le ricerche di laboratorio, radiologiche, ecc., che siano state ordinate dal *visiting phisician* o *surgeon* (curanti del malato).

L'*house phisician* sostituisce l'*house surgeon*. Agli altri interni incombono gli esami clinici e di laboratorio usuali.

Essi si occupano ancora del pronto soccorso minore e dei dispensari medico e chirurgico, quando ad essi non presiede, come di rado accade, un medico esterno.

Gli interni hanno vitto ed alloggio nell'istituto e ricevono i malati nell'ospedale; hanno l'obbligo di esser presenti sempre, salvo un determinato turno di libertà. Tutto ciò compatibilmente con i corsi universitari, che essi seguono nel frattempo.

Questo sistema è del tutto britannico, ed è imposto all'ospedale italiano, come l'istituzione delle *nurses* e delle *training nuses* (allieve), ecc. Alcuni esami speciali, come la «Wassermann», i preparati di organi, ecc., sono fatti da uno specialista; altri esami che concernono malattie infettive o sospette, lo sono dal *board health* della *City*.

L'Ospedale italiano, giusta il significato della parola *benevolent*, vive di beneficenza. Ogni anno per la festa del 20 settembre si raccolgono i fondi per farlo vivere. Quest'anno, l'8 gennaio, è stato dato al Metropolitan il *Mefistofele* «pro-Ospedale italiano».

Nell'atrio di esso è apposta una lapide in cui figurano gli oblatori della somma — non enorme in America — di diecimila dollari. Primo fra essi Gino Piva, poi Pierpont Morgan, poi i lavoratori della mensa e John Rosselli in memoria di Sara Rosselli. La lista dei generosi si arresterebbe qui, se un quadrato di carta fissato in alto sulla lapide non stesse a coprire il nome di uno che si mantiene ancora celato.

Altre istituzioni italiane del genere sono fiorenti in New York. Così il *Columbus Hospital* e moltissimi privati; ma questo solo appare nettamente come un lembo di patria, anche perchè ha su di esso diretta ingerenza il regio Consolato di Italia.

* * *

Non so se sono riuscito a render chiara l'idea che l'Ospedale italiano di New York rappresenta una minuscola cosa, ben lontana dal poter essere comparata con le grandi e ricche istituzioni americane del genere, come il Bellevue Hospital, il Mount Sinaï, il Post-Graduate, il Roosevelt, ecc. Esso è certamente insufficiente ai bisogni della colonia italiana a New York, che conta settecentomila anime; cento letti rappresentano un quantitativo irrisorio. Mi duole dirlo, la nostra nazionalità, considerata nella corsa colle altre, all'ingrosso, tiene la coda. Mi sforzerò di sviscerare le ragioni di questo fatto, e dell'altro che, purtroppo, l'ospedale italiano non è molto popolare fra gli italiani stessi.

Il primo dipende dal concetto che di noi hanno in massima le altre nazionalità infinitamente più numerose, più ricche e quindi più possenti. Esse hanno bisogno dell'italiano sobrio, onesto, dalle forti braccia e dalla dura volontà di lavoro, ma quando debbono classificarlo si rammentano che è ignorante, poco pulito, vivace, chiassoso e disordinato, e lo pongono in basso nella scala antropologica, coi cinesi, come lo vuole Wilson nella sua *History of the World*. Altra ragione si è che gli italiani non spendono in America; si privano di tutto, non rifulgono per la loro vita di società, conservano le loro bande, le loro processioni pittoresche,

forse, ma che, al cospetto di popoli metodici, serii, ordinati e forse non sinceri, costituiscono l'espressione di una mentalità inferiore.

Non penso che la guerra ci abbia sollevato di molto ai loro occhi. Noi sappiamo di non averla valorizzata o molto modestamente!

Gli alleati invece hanno fatto le cose molto diversamente. Ne provano gli effetti in persona anche i colleghi medici che giungono dall'Italia.

Torniamo all'ospedale italiano. La ragione della sua impopolarità fra i nostri è triplice.

Intanto a mio vedere l'infermo italiano che costituisce la totalità, salvo eccezione, dei degenti, male si adatta in terreno italiano alle *nurses* americane che non lo comprendono. Non è sufficiente per esso vedere tutto lindo e ordinato intorno a sè, e... sopportare quattro volte al giorno la presa della temperatura orale e delle mucose in genere... Occorre a lui straniero una parola italiana, una sola, ma italiana. La *nurse* americana, fredda, dallo sguardo quasi ostile di chi non comprende, aborre i gesti, e disdegna apprendere nella sua fretta di *business* e di libera vita un idioma che ritiene inferiore. Per il sofferente è un malessere morale che si sovrappone al fisico. Ricordo a proposito l'espressione di soddisfazione d'un malato quando una piccola triestina, allieva infermiera, silenziosa e sorridente, volava a tradurre per lui.

Un altro guaio serio è il pronto soccorso e l'ambulatorio medico e chirurgico, abbandonato quasi sempre agli interni, zelanti ma ancora incompetenti anche se dotati d'intelligenza e di volontà. Nei nostri ospedali d'Italia i primari o per lo meno gli aiuti dirigono se non fanno gli ambulatori, poichè non è difficile pensare come su di essi possa basare in gran parte il nome e la simpatia che circonda un ospedale. A proposito degli interni, se da una parte ammiro incondizionatamente il sistema di educazione medica americana che ne controlla il progresso ad ogni passo, non sono altrettanto entusiasta della sua brevità e della applicazione alla medicina del feroce «*Time is money*», che conduce a mio vedere ad una deficiente quanto presuntuosa preparazione clinica. In quattro anni, quanti ne sono impiegati generalmente, non mi pare possibile che ci si possa costituire una salda base scientifica e si abbia il tempo di apprendere a bene e completamente esaminare e a ben diagnosticare attraverso a dei fondati ma liberi ragionamenti clinici.

Negli ambulatorî, dunque, dell'ospedale italiano gli interni esperimentano largamente, spinti dalla smania di operare, perchè sanno bene che per l'americano un medico non è buon medico se non sa tagliuzzare il suo prossimo.

E gli italiani che vi capitano per forza, perchè non sono in condizione di pagarsi il medico, o anche per economia, stridono poi amaramente e fanno all'Istituto una *réclame* negativa. Aggiungi che ognuno di questi studenti parla un pessimo italiano, non comprende il paziente, e non lo sa trattare, un po' per questo, un po' per inesperienza. Potrei portare degli aneddoti, ma sorvolo per amore di brevità; ricorderò solo un medico che parlava di «la tricipite» per «il tricipite».

Infine, terzo punto oscuro, intoppo al fiorire dell'Ospedale italiano, mi sembra la mancanza di coesione e di unità di direttiva nello *Staff*, per quanto questo sia composto di valorosissimi professionisti, quali i dottori Savini, Perillo, Parodi, ecc.

A questi valentuomini non ho suggerimenti da dare, ma vorrei dire la mia opinione.

Gli emigranti italiani giungono negli Stati Uniti malvisti e poveri. Oggi, per la crisi che incombe, rimangono spesso lunghi mesi senza lavoro, o sono soggetti a riduzioni di lavoro. Vengono qua sospinti dalle sofferenze, consecutive in gran parte ad una guerra che hanno sopportata non per loro soli! Date loro, in una terra dove non vi è pietà per chi non conquista subito il denaro, un ospedale che sia un poco la loro casa. Se i vostri impegni vi tengono forzatamente assenti dall'ospedale, usufruite dei medici italiani che emigrano, vincolandoli, ma garantendo loro da vivere. In quanto ad americanizzare gli emigranti degenti, penso che sia umano farne a meno nell'ospedale italiano. Ci penseranno poi gli U. S., con uno di quei mezzi che in un paese di libertà — oh il sonetto di Trilussa! — non si possono chiamare coercitivi, ma che ricordano la tenaglia del dentista per la cura della carie. Penso che il rifiorire dell'istituzione nostra dipenda essenzialmente da un *trattamento italiano* dei pazienti; oggi, così come stanno le cose, potrebbe anche sembrare che i due aggettivi dell'intestazione dell'ospedale fossero di troppo.

ma.

NOTIZIE DIVERSE.

Per arricchire le dotazioni delle Università.

Il ministro Croce ha apprestato un disegno di legge col quale si provvede ad aumentare, all'esercizio prossimo, lo stanziamento del bilancio del Ministero della Pubblica Istruzione per una somma annua di tre milioni al capitolo riguardante le dotazioni delle Università e degli Istituti di istruzione superiore.

Questo aumento deve servire di raddoppiamento in via provvisoria, e cioè fino a quando perdurano le attuali critiche condizioni del mercato e del deprezzamento della moneta, di tutti gli assegni di dotazioni degli Istituti scientifici universitari e degli assegni per le spese di carattere generale delle Università, in modo che tutti abbiano a risentire un relativo beneficio ed abbiano modo di poter provvedere ai loro bisogni normali con minori ristrettezze di quanto non si possa fare ora.

Ma a questo aumento, che deve avere carattere temporaneo, altro se ne aggiunge e questo diviene nel complesso di due milioni e settecentomila lire, col quale si darà al Ministero dell'Istruzione il modo di poter aumentare a seconda della loro importanza nella vita scientifica e dei loro effettivi bisogni, le doti degli Istituti superiori. Da questi aumenti si devono però escludere gli Istituti di fisica, chimica e loro applicazioni, i quali sono già trattati più largamente nei provvedimenti emanati col decreto luogotenenziale 25 novembre 1917, n. 2068.

Nella parte straordinaria dello stato di previsione delle spese dello stesso Ministero verrà iscritta la somma di lire dieci milioni ripartiti in cinque esercizi finanziari dall'esercizio 1921-1922 per le spese riguardanti gli impianti, l'arredamento e l'acquisto di materiale scientifico e didattico per l'istruzione negli Istituti superiori.

Nello stato di previsione delle entrate verrà iscritto un capitolo per l'impostazione delle somme che da privati e da Enti locali saranno devolute ad incremento degli Istituti di istruzione superiore e per le spese di ricerche sperimentali.

Le condizioni economiche dei professori universitari.

Il prof. Maragliano in una interpellanza al Senato ha svolto con molto acume e con elevato senso di giustizia il tema dell'insufficienza assoluta degli stipendi universitari, istituendo confronti con altri impiegati dello Stato e dimostrando l'urgenza di provvedere. Il prof. Loria ne ha tratto occasione per dimostrare ingiusta l'applicazione dei passaggi di cattedra e dei trasferimenti.

Il ministro Croce ha accolto un ordine del giorno del prof. L. Bianchi, col quale s'invita il Governo a provvedere al miglioramento degli stipendi.

Per la crisi finanziaria ospitaliera.

Al Presidente degli Istituti ospitalieri di Milano, dott. Schiavi, che anche per incarico dei rappresentanti di altre Amministrazioni ospitaliere d'Italia aveva avanzato delle pratiche presso il Governo allo scopo di provocare provvedimenti immediati a favore delle finanze ospedaliere, il ministro delle Finanze ha risposto assicurando che sono compiuti gli studi e che sta per essere approntato un disegno di legge inteso a riordinare integralmente tutta la materia della finanza locale, in modo da permettere ai Comuni ed alle Provincie di corrispondere sufficientemente ai bisogni generali dell'azienda comunale, non solo, ma di integrare con mezzi del proprio bilancio le deficienze dei bilanci degli Istituti caritativi. A questo intento è anzi proposta, fra altro, la totale avocazione a favore dei Comuni della tassa sui biglietti d'ingresso dei luoghi di divertimento.

L'assistenza ai congedati malàrici.

Presso il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza militare e le pensioni di guerra, si è riunito in primo convegno il Comitato tecnico consultivo per l'assistenza ai congedati malarici, istituito con D. M. del 29 gennaio u. s., del quale fanno parte il comm. prof. Vittorio Ascoli, che ne è presidente, ed i signori comm. dott. Angelo Pavone, in rappresentanza del Sottosegretariato per l'assistenza militare e le pensioni di guerra; comm. dott. Gaetano Basile, in rappresentanza del Ministero dell'Interno; comm. dott. Ettore Cambi; in rappresentanza del Ministero del Tesoro; comm. dott. Arcangelo Ilvento, in rappresentanza della C. R. I.; dott. Riccardo Vella, delegato sanitario del Comitato Centrale dell'Associazione Nazionale tra i combattenti; prof. Umberto Mancuso, in rappresentanza dell'Opera Nazionale pro-combattenti, e maggiore medico cav. dott. Nicola Fabrizi, in rappresentanza del Minist. della Guerra.

L'on. Bianchi, inaugurando i lavori del Comitato, diede conto di quanto è stato già fatto nella scorsa campagna antimalarica ed accennò agli ottimi risultati conseguiti, ben chiarendo che, se per ragioni di indole giuridica si è resa necessaria la trasformazione degli organismi preposti alla lotta antimalarica, con ciò non si è inteso di limitare o modificare i criterî dell'assistenza, la quale anzi deve essere migliorata ed integrata con i dati dell'esperienza, tenuti anche presenti i risultati del censimento dei malarici. Riaffermò, quindi, gli scopi altamente sociali, cui tende questa importante forma di assistenza.

Rispose il prof. Ascoli, ringraziando del gradito intervento e assicurando che ai lavori del Comitato, indirizzati a così alti e nobili fini, egli darà con entusiasmo l'opera sua fervida e volenterosa.

Il Comitato iniziò, quindi, i suoi lavori, cui parteciparono con ampia discussione il dott. Vella, il prof. Mancuso ed il comm. Pavone.

Aumento del prezzo del chinino.

Con decreto del Ministero delle Finanze n. 27952, in data 15 dicembre 1920, con effetto dal 3 gennaio, sono stati stabiliti i seguenti prezzi: bisolfato di chinino semplice od inzuccherato, L. 500 al kilogramma (L. 1 ogni tubetto contenente 10 tavolette); idroclorato e biclor. di chinina, L. 700 (ogni tubetto L. 1.40); stesso composto in soluzione, L. 1000 al kg. ed ogni fiala da ½ gr. 50 centesimi e da 1 gr. L. 1; tannato in cioccolatini, lire 650 al kg. e L. 2.50 ogni astuccio contenente 10 cioccolatini. Per gli enti pubblici il prezzo è diminuito di un terzo.

Gli effetti del terremoto in Albania. - I soccorsi della Lega delle C. R.

Danni gravissimi sono stati causati dal recente terremoto in Albania. Le città di Telepeni e El Bassan e sedici villaggi sono stati completamente distrutti. Le vittime si calcolano a 30,000, cui devonsi aggiungere parecchie migliaia di profughi completamente privi di ricovero, di vestiti e di viveri e decimati dalle malattie e dal freddo.

Il Governo Albanese, benchè generosamente aiutato dalla Croce Rossa Americana, è impotente ad alleviare tante e così grandi sofferenze.

La Lega delle Croci Rosse, nel mentre intende portare quei soccorsi che il caso richiede, richiama l'attenzione del pubblico sulle sventure di tanti infelici, ritenendo che i soccorsi anche modesti delle singole Associazioni di Croce Rossa concorreranno ad alleviare così pietose miserie.

Lega fra i medici della Croce Rossa Italiana.

La Presidenza della Lega fra i Medici della C. R. I., in seguito ad analoga richiesta al Comitato Centrale, ha ottenuto le seguenti informazioni:

1° Secondo il parere della Commissione appositamente nominata, *al personale volontario della C. R. I.* deve essere concesso lo stesso trattamento di smobilitazione stabilito per il personale avente

obblighi militari, e perciò esso ha diritto al *premio di smobilitazione;*

2° *La polizza di assicurazione ai combattenti* per ora è limitata solo a coloro che hanno prestato servizio in zona utile dopo il 1° gennaio 1918;

3° La Presidenza del Comitato Centrale provvede direttamente con il Ministero della Guerra per la concessione della *Medaglia commemorativa nazionale* 1915-1918 al personale dell'Associazione;

4° La data utile per la presentazione delle *dimissioni* da ufficiale della Croce Rossa Italiana è il 31 ottobre 1921.

Corso di perfezionamento in Idrologia, Radiologia e Terapia fisica.

In questo anno scolastico, nell'intendimento di preparare i giovani laureati in Medicina per gli Stabilimenti Termali e di cure fisiche in genere, sarà tenuto un corso ufficiale di perfezionamento in Idrologia, Radiologia e Terapia fisica presso la R. Università di Napoli.

Il corso comprende i seguenti insegnamenti: 1° Crenoterapia e Dietoterapia (prof. Pio Marfori); 2° Elettroterapia e Radiologia (on. prof. Paolo Sgobbo); 3° Nozioni di tecnica e clinica idroterapica (prof. Egidio Maturi); 4° Crenologia e Climatologia (prof. Alfredo Chistoni); 5° Kinesiterapia e Massaggio (prof. Giulio Jafolla).

A detto corso possono inscriversi solo i laureati in medicina e chirurgia e in chimica farmaceutica.

La tassa di inscrizione, da pagarsi all'Economato della R. Università, è di L. 300, e la tassa di diploma di L. 25.

Alla fine del corso, che avrà la durata di due mesi, verrà rilasciato, in seguito ad esami, un diploma di abilitazione firmato dal Magnifico Rettore della R. Università e dal Direttore della Scuola.

Le domande di inscrizione, in carta da bollo da L. 100, debbono essere dirette entro il 10 a 30 di marzo al prof. Pio Marfori, direttore della Scuola, a Sant'Andrea delle Dame, 21, Napoli.

Nuovo corso straordinario di Patologia e Clinica della tubercolosi.

Nella Clinica Medica di Genova si sta svolgendo un corso speciale sulla Patologia e sulla Clinica delle malattie tubercolari, che ha avuto inizio il 17 gennaio 1921 ed avrà termine il 19 marzo c. a. Tale corso, di un'alta importanza agli effetti della lotta antitubercolare la quale rende oggidì viepiù necessaria l'opera di medici versati nella conoscenza della tubercolosi, si presenta oltremodo affollato di medici civili provenienti dalle varie regioni d'Italia e medici militari inviati da parte delle Direzioni di sanità del Regno.

Tale corso, che è seguito col più vivo interesse da parte di tutti gli iscritti, viene attivamente svolto nel suo programma teorico-pratico costituito da: conferenze sulla patologia e sulla clinica della tubercolosi, tenute dal prof. sen. E. Maragliano; da dimostrazioni illustrative dell'infezione tubercolare dal punto di vista della patologia generale e delle indagini biologiche; da visite quotidiane a tutti gli ammalati degenti nelle varie sezioni tubercolari della Clinica; da illustrazioni cliniche di casuistica tubercolare tenute in vari giorni della settimana; da esercitazioni nel dispensario antitubercolare annesso alla Clinica; da esercitazioni di semeiologia e di accertamento diagnostico; da dimostrazioni di clinica radiologica delle malattie tubercolari; da esercizi di laboratorio.

Le suddette parti vengono espletate da numerosi collaboratori.

Integrano poi mirabilmente l'opera scientifico-pratica di tale corso una serie di conferenze sulla clinica della tubercolosi nelle sue manifestazioni extrapolmonari tenute dai Direttori di vari istituti della Facoltà, nonchè conferenze dal punto di vista anatomo-patologico e profilattico della tubercolosi.

A questo primo corso, che avrà termine il 19 marzo, seguirà, dato l'affollato intervento di numerosi iscritti, i quali riconoscono l'importanza di più vaste cognizioni nel campo dello studio e della lotta antitubercolare e per soddisfare alle numerose richieste, un secondo corso accelerato, essenzialmente pratico, che verrà svolto integralmente nel suo programma di patologia e clinica della tubercolosi da parte del prof. E. Maragliano.

Tale corso consisterà in:

a) conferenze sulla patologia e sulla clinica della tubercolosi nelle sue manifestazioni polmonari ed extrapolmonari trattate da parte dei professori E. Maragliano, Tusini, Fabris, Radaeli, Canalis, Masini, Pacchioni, Ovio, Clivio, Vittorio Maragliano;

b) in dimostrazioni ed esercitazioni con speciale riguardo alla diagnosi della tubercolosi ed al suo accertamento;

c) in dimostrazioni radiologiche ed in esercitazioni di laboratorio.

Tutti i medici italiani e stranieri ed i laureandi in medicina delle Facoltà del Regno possono partecipare a questo corso senza obbligo di speciali tasse d'iscrizione.

A coloro che lo avranno frequentato regolarmente ed avranno fatto tutte le esercitazioni relative sarà rilasciato dal Direttore dell'Istituto uno speciale diploma.

Sono senz'altro ammessi al corso tutti coloro che notificano alla Segreteria della Clinica Medica — Via Balilla 5, Genova — il loro desiderio di parteciparvi.

Il corso avrà inizio il 18 aprile 1921 e si chiuderà il 21 maggio.

Commissario sanitario inviato dagli Stati Uniti per uno studio sulle malattie degli emigranti.

Proveniente dagli Stati Uniti è giunto a Roma il dott. Carlo Fama, il quale è stato incaricato dall'Ufficio di sanità pubblica di New York di visitare l'Italia e le altre nazioni europee allo scopo di studiare le cause di alcune malattie infettive che si riscontrano in vari emigranti provenienti dall'Europa.

L'incarico affidato al dott. Carlo Fama è di notevole importanza, essendo strettamente collegato al problema della immigrazione che trovasi attualmente allo studio presso il governo americano.

Premio scolastico pei figli dei medici.

Il Preside del Regio Liceo-Ginnasio di Chieti, prof. Ginnetti, ci dà con legittimo compiacimento comunicazione della cospicua offerta di L. 6000 fatta dal nostro collega dottor Giulio Cozzoli, oculista, per la istituzione presso il Liceo-Ginnasio di quella città di un premio annuo di L. 250 da intitolarsi alla memoria del cugino Giovanni Cozzoli immolatosi alla Patria sull'Altipiano di Asiago. Tale premio verrà conferito a parità di merito ai figli dei morti in guerra e, in mancanza, ai figli dei medici. Venendo a cessare la prima categoria dei preferiti tra quindici anni, il premio sarà esclusivamente devoluto ai figli dei medici.

Il prezzo dei libri.

S. E. Alessio, ministro dell'industria, ha interpellato l'A. T. L. I. per sentire il suo parere sulla possibilità di temperare il prezzo del libro.

Il presidente dell'A. T. L. I. ha risposto con un elaborato memoriale da cui stralciamo il punto essenziale.

Si deve ritenere che un effettivo ribasso nel prezzo dei libri scolastici in ispecie non si potrà avere che col ribasso dei maggiori coefficienti di costo che sono la carta e la mano d'opera. E poichè nessuno può illudersi che le mercedi operaie possono essere quandochessia ridotte, mentre invece continuano a salire, non è che sul prezzo della carta che il Governo potrebbe ultilmente influire adottando quei provvedimenti ed esercitando, se necessarie, quelle coercizioni che nel memoriale sono esposte.

Si pensi che prima della guerra la carta pei libri scolastici si pagava quanto oggi si deve pagare per la sola tassa governativa (L. 40), tassa che, malgrado l'evidente e riconosciuta ingiustizia, persiste ad essere mantenuta.

E si leggano i bilanci delle cartiere, confrontandoli poi con quelli delle aziende editoriali. Si vedrà allora se sia a queste o non piuttosto a quelle che il Governo debba pensare di mettere un freno e sarebbe tempo.

Gli editori sono stanchi di essere taglieggiati e dalle cartiere e dal governo, e di venir poi accusati dinanzi al pubblico come i responsabili e i beneficiati del rincaro dei libri.

Essi continueranno tuttavia a mantenersi, come hanno fatto fin qui, nel terreno della massima moderazione e sono pronti ad attuare anche tutti quei provvedimenti che possano in qualche modo rendere meno gravoso al pubblico l'attuale stato di cose, ma miracoli non ne possono fare.

È alla radice che il male vuole essere curato.

Se dunque il Governo vuole davvero arrivare alla diminuzione del prezzo dei libri, bisogna che esso stesso cominci a dar l'esempio della moderazione, rinunziando una buona volta a speculare per suo conto sulla carta, ed imponendo moderazioni agli altri troppo avidi speculatori.

È solo a questi patti che l'azione del governo potrà esercitarsi con pratici risultati e con soddisfazione della giustizia. *(Patologica).*

Controllo statale delle reazioni biologiche.

Il Consiglio Sanitario Statale della Germania ha pubblicate le norme secondo le quali devono essere eseguite nei pubblici stabilimenti le reazioni di Weil-Felix e di Wassermann.

È obbligatorio il controllo dell'antigene e dell'ambocettore.

Il centenario dell'olio di fegato di merluzzo.

Nel 1822 l'olio di fegato di merluzzo assurse agli onori della farmacopea ufficiale francese, per quanto fosse già da anni usato come ottimo rimedio per la tubercolosi, il rachitismo, il reumatismo e la sciatica negli Stati Uniti, in Inghilterra ed in Olanda.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 14 Marzo 1921 Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Alcune considerazioni sintetiche intorno all'architettura delle grandi vie di connessione del cervelletto, ravvisato come centro riflettorio.

Prof. Cesare Minerbi
medico primario dell'Arcispedale Sant'Anna.

Conferenza tenuta all'Accademia Medica di Ferrara il giorno 24 dicembre 1920.

Secondo le più moderne vedute il cervelletto viene considerato come un apparecchio riflesso (1), specialmente destinato a mantenere l'equilibrio nella stazione eretta e nella deambulazione (1). Esso non è, cioè, sede di una funzione autonoma; bensì deve essere ravvisato come il luogo, dove certi stimoli centripeti suscitano determinate reazioni motorie.

Tali stimoli centripeti risultano dalla situazione occupata in ciascun momento dal nostro organismo e dalle sue parti nel mondo esterno.

Il cervelletto provvede alla giusta collabora-

(1) Robert Bing. *Kompendium der topischen Gehirn- u. Rückenmarcksdiagnostik*, pag. 157 — Urban u. Schwarzenberg, Berlin, 1919.
G. Mingazzini e F. Giannuli. *Osservazioni cliniche e anatomo-patologiche sulle aplasie cerebellari.* Atti della R. Accad. dei Lincei, anno CCCXV, serie V, vol. XII, fasc. XIII, pag. 98. — Roma, Pio Befani, 1918.

(1) Aristide Stefani. Atti dell'Accademia Medica di Ferrara, 1887-1903.
Alberto Marrassini. *Contributo sperimentale allo studio della fisio-patologia del cervelletto.* — Pisa, A. Valenti, 1906.

zione dei diversi gruppi muscolari (sinergia) (1); al grado esatto della contrazione di questi ultimi (eumetria) (2); infine all'innervazione del loro « tono » (3). In poche parole, il cervelletto svolge una funzione moderatrice e coordinatrice sulle azioni muscolari dei diversi segmenti dell'organismo.

Tutti sanno che l'arco riflesso spino-spinale nella sua disposizione più semplice ed essenziale consta dei due neuroni periferici: l'uno afferente, elemento costitutivo del ganglio spinale corrispondente; l'altro efferente, che consiste in una delle grandi cellule delle corna anteriori del midollo coi suoi prolungamenti.

Analogamente la via riflessa spino-cerebello-spinale può considerarsi costituita da due segmenti principali: una via cerebellipeta, una via cerebellifuga.

Siccome il cervelletto si trova ad un livello intermedio tra le due estremità dell'asse spino-bulbo-pontino, ciascuno dei due segmenti or'ora mentovati si divide a sua volta in due rami: l'uno *caudale*, l'altro *craniale*.

1° La via cerebellipeta è costituita:

a) dai tractus spino-cerebellares (4) distinti in *ventralis* (fascio di Gowers), che per il brachium conjunctivum va al vermis inferior, e in *dorsalis* (fascio di Flechsig), che per il corpus restiforme (5) va al vermis superior. I tractus spino-cerebellares sono destinati ad orientare il cervelletto circa la posizione del tronco e degli arti, e lo « stato-tonus » dei loro muscoli;

b) dal complicato sistema del nervo vestibolare e del nucleo di Deiters sensitivo colle sue numerose dipendenze (corpo trapezoide, olive superiori (6), nucleo di Bechterew, fibre sensitive del fasciculus longitudinalis posterior, ecc.). Codesta seconda via è deputata ad « informare » il cervelletto intorno alla situazione del capo, alla direzione degli assi dei globi oculari, e al grado di tonicità dei muscoli della nuca e degli occhi;

2° La via cerebellifuga è rappresentata:

a) dal sistema: nucleo dentato del cervelletto, tractus cerebello-tegmentalis percorrente il peduncolo cerebellare superiore, nucleus ruber tegmenti, tractus rubro-spinalis di v. Monakow scendente lungo il midollo spinale ventralmente al fascio piramidale (1);

b) dal nucleo di Deiters motore colle sue dipendenze: la *caudale* (tractus vestibulo-spinalis decorrente in basso lungo il midollo spinale nella zona superficiale dei cordoni antero-laterali); e la *craniale* (fibre motorie del fasciculus longitudinalis posterior) destinata ad assicurare il buon funzionamento dei muscoli del tronco e degli arti e, rispettivamente della nuca e degli occhi.

Ora è noto che sopra l'arco riflesso spino-spinale incombe il tractus pyramidalis, il quale serve a regolare la innervazione riflessa della cellula delle corna grigie anteriori. Nello stesso modo, mediante i tractus fronto-pontini (di Arnold) e parte dei tractus temporo-occipito-pontini (di Türck) (2), la corticalità del cervello, per il tramite dei peduncoli cerebrali, dei piccoli gangli pontini e dei peduncoli cerebellari medii, è in grado di governare la corticalità del cervelletto (del lato opposto).

***

Tuttociò è oggimai noto a tutti, e non occorre soffermarcisi. Ma a mio avviso il parallelo tra l'apparecchio periferico spinale e il cervelletto, quali centri di riflessione, può essere spinto più oltre.

Anzitutto debbo fare una osservazione.

Il tractus pyramidalis suole essere considerato, per rispetto all'arco riflesso spino-spinale, quale un organo autonomo. A me sembra più conforme alla realtà ravvisarlo come il tratto efferente di un arco diastaltico, il cui segmento afferente è costituito dai fasci di Goll e Burdach colla loro continuazione (tractus bulbo-thalamici, ecc.) verso la corteccia della

---

(1) J. BABINSKI. *De l'asynergie cérébelleuse*. Commun. à la Soc. de Neurologie de Paris, 9 novembre 1899. Extrait de la « Revue Neurologique ». — Masson et C.ie, Paris, 1900.

(2) M. SCHIFF, 1883. Citato da LUCIANI in *Fisiologia dell'uomo*, vol. II, parte I, pag. 490. — Soc. Edit Libr., Milano, 1905.

(3) LUIGI LUCIANI. *Il cervelletto*. — Firenze, 1891. — *Fisiologia dell'uomo*, vol. II, pag. 480 e seg.

(4) È superfluo che io rammenti che i fasci di Flechsig e di Gowers sono costituiti dai prolungamenti assiali di cellule gangliari della colonna di Clarke e rispettivamente della regione laterale della base del corno anteriore del midollo spinale.

(5) Il corpus restiforme riceve un contingente di fibre eziandio dall'oliva inferiore del lato opposto (GIO. MINGAZZINI. *Lezioni di anatomia clinica dei centri nervosi*, pag. 285. — Un. Tipografico-Editrice Torinese, Torino, 1908).

(6) Circa le funzioni delle olive inferiori e accessorie vedi le interessantissime notizie in: GIO. MINGAZZINI e F. GIANNULI. *Osservazioni cliniche e anatomo-patologiche sulle aplasie cerebellari*, pag. 61.

---

(1) Trascuro qui per amore di semplicità gli stretti rapporti specialmente cerebellifughi (tractus cerebello-olivares) del cervelletto colle olive inferiori, messi in luce da Gio. Mingazzini.

(2) MINGAZZINI e GIANNULI (loco citato, pagine 76 e seg.), hanno messo fuori di dubbio l'esistenza nel brachium pontis anche di numerose fibre cerebellifughe, probabilmente destinate ad « informare » il cervello intorno all'attività del cervelletto.

zona rolandica. Infatti, se all'altezza dell'uscita delle radici degli ipoglossi dal bulbo un processo patologico qualsivoglia distrugga l'incrocio del laqueus, si verificano gravi disturbi atassici per il deficit della funzione conduttrice di quelle fibre, che trasmettono la sensibilità profonda al talamo prima, alla corteccia cerebrale poi.

Analogamente si possono a mio parere rappresentare quei tractus fronto-pontini ed occipito-pontini (1), che formano parte delle vie cerebellipete, come il segmento efferente di un arco riflesso, il cui tratto afferente è costituito da determinate fibre dei cosiddetti «peduncoli talamici anteriore e posteriore» continuatrici dei tractus bulbo-thalamici, le quali conducono la sensibilità profonda a quelle zone abbastanza estese (para-rolandiche) dei lobi frontale e parietale posteriore, che restano comprese nell'area corticale della sensibilità generale (poichè è noto che quest'ultima area è assai più lata della zona corticale motrice, la quale ne resta sopravanzata in tutti i sensi). Tanto è ciò vero che focolai distruttivi situati in regioni che si trovano al di fuori della zona corticale motrice, quali sono quelli localizzati nella circonvoluzione parietale superiore o nel gyrus supramarginalis, determinano atassia, alterazioni del senso di posizione e stereo-anestesia (2) della mano del lato opposto. E così pure affezioni distruttive della circonvoluzione frontale sogliono produrre la cosiddetta «atassia cerebrale»: deambulazione titubante analoga a quella della sindrome cerebellare.

Dunque *dal punto di vista della coordinazione e sinergia dei movimenti* si possono considerare schematicamente nei centri nervosi tre grandi archi diastaltici: due *principali* (il rolandico e il talamo-cortico-pontino) ed uno *subordinato* a quest'ultimo (il cerebellare). I due archi principali sono a loro volta governati (non occorre dirlo) dalla corticalità prefrontale per mezzo di fibre associative lunghe (3) (fasciculus uncinatus, cingulum, fasciculus arcuatus, ecc.) e corte della sostanza bianca dell'emisfero cerebrale.

***

Ma vi è un'altra via riflessa, di cui bisogna tener conto. È noto che, oltre ai tractus vestibulo-spinales e rubro-spinales, esiste un terzo fascetto subcortico-spinale (1), conosciuto col nome di «tractus tecto-spinalis». Questo ha origine nel tetto del mesencefalo dallo «strato midollare profondo» (2) dei tubercoli quadrigemini, contorna lateralmente l'acquedotto del Silvio accogliendo nel suo corso i prolungamenti assiali di ammassi cellulari ivi situati («ganglion profundum mesencephalicum» di Edinger), s'incrocia nella regione della «calotta» dei peduncoli cerebrali ventralmente (3) al fasciculus longitudinalis posterior con quello del lato opposto, indi scende negli strati profondi dei cordoni antero-laterali del midollo, lungo la zona limitante delle corna grigie anteriori. Il tractus tecto-spinalis va a mettersi esso pure (come gli altri due fascetti subcortico-spinali) in rapporto colle grandi cellule delle corna grigie anteriori del midollo.

L'origine e la terminazione dei tractus tecto-spinales fanno supporre che essi rappresentino il segmento efferente d'archi riflessi, i cui tratti afferenti sarebbero fibre dei nervi ottico e cocleare. Si può domandarsi se non sia per questo tragitto che i centri mesencefalici primarii (eminenze quadrigemine — e corpi genicolati?) dei nervi sensoriali ora nominati provocano quel sussulto violento (senza dubbio un riflesso «di difesa»), che ci fa trasaltare allorchè lampeggi repente davanti ai nostri occhi un accecante bagliore, o ci rimbombi vicino il fragore della folgore.

Ma alle eminenze quadrigemine pervengono pure fibre *cortico-tectali* per il tramite (4) dei brachia quadrigemina inferius et superius. È probabilmente quest'ultima una via destinata alla conduzione della funzione moderatrice cerebrale. Per questo tramite la corticalità occipitale governa l'arco riflesso subcorticale: nervo ottico, *colliculus superior*, tractus tecto-spinalis; e la corteccia del lobo temporale controlla dal canto suo l'altro arco diastaltico subcorticale: nervo cocleare, tractus bubo-tectalis

(1) I tractus occipito-pontini decorrono (L. EDINGER. *Einführung in die Lehre vom Bau u. den Verrichtungen des Nervensystems*, pag. 134, fig. 112. — F. C. W. Vogel, Leipzig, 1909) *ventralmente* alla «irradiazione ottica» di Gratiolet.

(2) Il Bing riserva l'espressione «*astereognosia*» all'*impossibilità di riconoscere gli oggetti colla palpazione, quantunque persistano sufficientemente le percezioni elementari del tatto, del movimento, del senso di posizione*, ecc.

La astereognosia costituirebbe dunque il deficit di un processo meramente psichico, ed in ciò si distingue dalla stereo-anestesia. Vedi ROBERT BING, loco cit., pag. 17, 185.

(3) A. VAN GEHUCHTEN. *Les centres nerveux cérébro-spinaux*, pag. 371. — A. Uystpruyst-Dieudonné, Louvain, 1908.

(1) R. BING, loco citato, pag. 6.

(2) GIO. MINGAZZINI. *Lezioni di anatomia clinica* ecc., loco citato, pag. 299.

(3) LUDWIG EDINGER. *Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen u. der Thiere*, Bd. I. pagg. 166, 235, 237. — Leipzig, F. C. W. Vogel, 1904.

(4) L. EDINGER. *Vorlesungen, etc.*, loco citato, pag. 235.

lungo il laqueus lateralis, *colliculus inferior* e tractus tecto-spinalis.

Ad ogni modo è lecito — a parer mio — presumere che l'arco diastaltico: vie ottica e cocleare, eminenze quadrigemine, tractus tecto-spinalis, sia destinato a modificare riflettoriamente l'atteggiamento e il movimento del tronco e degli arti in base ad impressioni visive ed acustiche fornite dal mondo esterno. Per tal maniera il «tetto quadrigemino» costituisce una specie di «pendant» del cervelletto, la cui funzione esso completa. Infatti i centri sensoriali primarii del tetto mesencefalico elaborano impressioni, le quali dànno notizia ai centri nervosi superiori intorno alla *situazione dei corpi esterni rispetto all'organismo*, mentre il cervelletto esercita il medesimo cómpito intorno alla *situazione dell'organismo rispetto all'ambiente esterno*. È naturale che entrambe le formazioni nervose siano sottoposte al controllo ed all'attività regolatrice di un medesimo centro superiore: la corticalità temporo-occipitale.

***

Mercè l'architettura descritta nelle pagine antecedenti, l'organismo è messo in grado di sopperire in qualche modo alla funzione di certe parti dei centri nervosi inferiori, la cui attività sonnecchi o venga soppressa. Il fatto è che sono noti esempi di distruzione parziale del cervelletto (e persino di un intero emisfero cerebellare) decorsi in modo assolutamente latente.

Tali fatti di sostituzione vicaria dell'azione cerebellare per parte di certe zone del cervello sono noti da tempo. Essi sono stati invero riconosciuti anche sperimentalmente con vivisezioni da Albertoni (1), da Luciani (2) e da Mingazzini e Polimanti (3); e Murri ne tratta nelle sue lezioni cliniche (4). Ora, per quali vie può tale sostituzione effettuarsi?

Supponiamo soppressa l'attività funzionale di un emisfero cerebellare. Allora, indipendentemente dall'azione vicariante dell'emisfero cerebellare superstite (5), i centri cerebrali possono provvedere direttamente, per quel che riguarda l'equilibrio del tronco, al governo delle cellule delle corna grigie anteriori del midollo, sia per il tramite or'ora descritto della corticalità temporo-occipitale e dei brachia quadrigemina, cui fanno seguito i tractus tecto-spinales, sia per mezzo della zona corticale rolandica e del fascio piramidale. Inoltre lo stimolo dei centri temporo-occipitali, che formano parte dell'arco principale cerebro-ponto-cerebellare, può essere deviato e — per una specie di «corto circuito» lungo la via cerebrifuga: tractus *cortico-strio-tegmentales* (per il tramite della lamina medullaris externa (1) del talamo) — scaricato direttamente (2) sul nucleus ruber tegmenti, indi, per il tractus rubro-spinalis, sulle cellule motrici delle corna anteriori del midollo.

Si possono dunque considerare tanto il tractus cortico-strio-tegmentalis come il cortico-tectalis quali vie efferenti *accessorie* dell'arco diastaltico principale cerebro-ponto-cerebellare, le quali si prestano ad essere utilizzate direttamente dalla corticalità cerebrale, quando la funzione d'un emisfero del cervelletto venga a mancare.

In quest'ultima evenienza il compito di mantenere l'equilibrio del tronco e l'azione coordinata degli arti resta precipuamente affidato al funzionamento delle seguenti vie:

1° dell'arco diastaltico principale della *zona rolandica;*

2° dell'arco diastaltico subordinato sensorio-tectale delle *eminenze quadrigemine*, or'ora descritto;

3° dell'altro arco riflesso principale pocanzi mentovato della *corticalità frontale e temporo-occipitale*, scaricantesi sui tubercoli quadrigemini per il tramite dei brachia quadrigemina e — per la scorciatoia di sole vie efferenti accessorie — sul nucleo rosso.

In sostanza la funzione dell'emisfero cerebellare soppressa viene *in tal caso* alla meglio sostituita da quella cerebrale, direttamente esercitata sui grossi gangli del mesencefalo.

***

Vi è un'affezione morbosa — la tabe dorsale — nella quale (praticamente) tutti i tramiti, per i quali vengono portate ai centri ner-

(1) P. ALBERTONI, citato da MURRI: *Lezioni di Clinica Medica*, pag. 603.

(2) LUIGI LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo*, volume II, pag. 459. — Soc. Edit. Libr., Milano, 1905.

(3) L. MINGAZZINI u. POLIMANTI. *Anat. physiol. Beitrag*, etc. — M. f. Psych., Bd. 25, citato da L. MINGAZZINI. *Lez. anat. clin., etc.*, loco citato, pag. 278.

(4) AUGUSTO MURRI. *Lezioni di Clinica Medica*, pag. 602. — Soc. Edit. Libr., Milano, 1908.

(5) GIO. MINGAZZINI e L. GIANNULI. *Osservaz. clin. e anat.-pat. sulle aplasie cerebellari*, loco citato, pag. 94.

(1) L. EDINGER. *Vorlesungen, etc.*, loco citato, pag. 273.

(2) Al nucleus ruber pervengono fasci di fibre dalle più diverse parti della corticalità cerebrale (LA SALLE et ARCHAMBAULT: *Les connexions corticales du noyau rouge*. Nouv. Iconograph. de la Salpêtrière, 1909, citato da MINGAZZINI e GIANNULI: *Osservaz. clin., ecc.*, loco citato, pag. 85.

vosi le impressioni della sensibilità profonda del tronco e degli arti (1) possono venire intercettati. In tal caso rimane pur sempre una risorsa suprema, la quale può dare informazioni strettamente sufficienti al sistema nervoso centrale intorno alla situazione dell'organismo e delle sue parti nello spazio, e cioè (oltre alle impressioni sensitive provenienti, per la via del sistema di Deiters sensitivo, dall'orecchio interno e dai muscoli degli occhi e della nuca) anche il *nervo ottico*. Sarebbe qui da considerare se anche alla via del *cocleare* non ispetti una parte efficace in tale orientamento, inquantochè le impressioni acustiche possono dare ragguagli — specialmente preziosi nelle tenebre notturne — intorno alla direzione, alla distanza, al movimento dei corpi, da cui emana qualche suono (per esempio il fruscio destato dall'avvicinarsi di un avversario strisciante fra le erbe, o il murmure di un torrente). Ad ogni modo l'importanza di questa via di informazione è infinitamente minore di quella della via ottica.

È noto che la massima parte delle fibre delle bandelette ottiche, in luogo di fermarsi al *colliculus quadrigeminus superior* e al corpo genicolato laterale, raggiunge direttamente il *pulvinar* del talamo ottico: e che da quest'ultimo si diparte la « irradiazione ottica » di Gratiolet, la quale decorre verso il cuneus, *dorsalmente* (2) alla irradiazione talamo-occipito-pontina già descritta. È probabile che dal cuneus, per mezzo di fibre associative corte della sostanza bianca cerebrale, le impressioni provenienti dalla via ottica giungano ad « informare » fino ad un certo punto le zone corticali rolandica e pararolandica, le quali, per le vie che ci sono già note (piramidale, cortico-rubrospinale, cortico-tecto-spinale), possono a loro volta esercitare parzialmente il proprio governo sulle grandi cellule radicolari delle corna anteriori del midollo. D'altra parte abbiamo già ricordato l'ufficio, che nella conservazione dell'equilibrio del corpo, molto probabilmente spetta all'arco riflesso sensorio-tecto-spinale.

(1) Nella tabe dorsale (la quale suol colpire individui adulti) non è più possibile l'organizzarsi di nuove vie di conduzione nervosa in sostituzione delle fibre degenerate dei cordoni di Goll; ciò che — secondo la ipotesi assai ragionevole di Bing — suole accadere negli adolescenti affetti da malattia di Friedreich. Vedi GIO. MINGAZZINI e F. GIANNULI. *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della eredoatassia*. Estratto dal giornale della R. Accademia di Medicina di Torino, n. 5-8, volume LXVII, 1919, pag. 63. — Unione Tip. Edit. Torinese (già Ditta Pomba), 1920.

(2) LUDWIG EDINGER. *Einführung in die Lehre vom Bau, etc.*, loco citato, pag. 134, fig. 112.

Sulla sostituzione della via « informativa » ottica a quella dei fasci centripeti deputati alla conduzione della sensibilità profonda, si fonda in parte, come è noto, la terapia « educativa » o « compensativa » della tabe dorsale. Questo trattamento consiste nell'utilizzare gli scarsi residui di sensibilità profonda, per ricuperare — coll'aiuto del senso visivo e dell'attenzione — un certo grado di coordinazione dei movimenti. Si comprende come i centri nervosi non possano acquistare, se non per mezzo dell'esercizio, la facoltà e l'abitudine di adattarsi ad un'« economia con mezzi ristretti » (1), apprendendo a trar partito da un minimum di stimoli sensitivi provenienti dall'apparecchio locomotore, ed a « vivere di espedienti », attivando (per mettere in valore altre eccitazioni provenienti da apparecchi sensoriali) vie collaterali inusate e sino allora poco praticabili.

Il fenomeno di Romberg (2) mette in evidenza la parte capitale, che nei tabetici avanzati esercita la via superstite d'informazione che qui consideriamo — obliterata la quale, l'equilibrio in stazione eretta resta irrimediabilmente soppresso.

***

Noi possiamo formarci un'idea — certo assai superficiale e « *simpliste* » — del funzionamento *normale* dei centri nervosi destinati *a mantenere l'equilibrio del corpo nella deambulazione* col paragone seguente:

Di notte buia, per una strada stretta e accidentata di montagna, un signore (corticalità prefrontale) col suo cameriere (arco riflesso principale spino-bulbo-talamico-rolandico-piramidale) accanto, e col cocchiere (arco riflesso principale talamo-cortico-pontino) seduto a cassetta, torna a casa in villa sul suo calesse (arco diastaltico periferico spino-spinale) munito di fanali accesi e freni (arco subordinato sensorio-tecto-spinale).

Alla carrozza è attaccato un cavallo (arco riflesso subordinato spino-cerebello-spinale) docile, veloce e intelligente.

Dapprincipio la via è pianeggiante. Il veicolo ha « sospensione » perfetta e ruote cinte di

(1) W. SEIFFER. *Atlas u. Grundriss der allgemeinen Diagnostik u. Therapie der Nervenkrankheiten*, pag. 298. — J. F. Lehmann, München, 1902.

(2) Intorno alla partecipazione dei fasci di Flechsig e di Gowers nella patogenesi del fenomeno di Romberg, vedi: MINGAZZINI e GIANNULI. *Contributo clinico ed anat.-patol. allo studio della eredoatassia*, loco citato, pag. 64. Nella tabe dorsale essi sogliono essere risparmiati: però sono lesi in maggiore o minor copia i neuroni centripeti periferici, che vanno a raggiungere le cellule delle colonne di Clarke.

gomme: esso fila rapido senza scosse e senza rumore. Il cavallo (arco riflesso cerebellare) conosce la strada, che i fanali (via ottica) rischiarano di viva luce per un buon tratto. Il signore (corticalità prefrontale: governo cerebrale supremo) è assorto nei suoi pensieri. Il cocchiere (arco riflesso talamo-cortico-cerebellare) lascia al cavallo le briglie sul collo (1).

L'animale corre di buon trotto senza bisogno di stimoli, nè di freni: esso sa schivare i rari pedoni, e nei crocicchi prendere la via giusta.

Ma ad una svolta si para innanzi un gruppo di carri, che ingombrano il mezzo della strada. I carrettieri non si scomodano a trarsi da parte. Allora il cocchiere afferra le redini e, da auriga esperto (2) (vie fronto-pontina-cerebellare e occipito-pontina-cerebellare) guida il cavallo lungo l'angusto spazio lasciato libero.

Ora il cammino è di bel nuovo facile; ma il guidatore (corticalità fronto-temporo-occipitale) — poichè la via si è fatta tortuosa e declive — si trova ormai nella frequente necessità di stringere o mollare i freni (via brachia quadrigemina-tecto-spinale) secondo la pendenza della strada, o di moderare (via cortico-ponto-cerebellare) l'andatura del cavallo (cervelletto) nelle curve. — D'improvviso uno squillo di cornetta (via cocleare) annunzia l'incontro d'una automobile, ancora nascosta dallo sporgere di un'enorme roccia sulla via: ciò obbliga il cocchiere a trarre prestamente il cavallo a tenere il margine della strada.

Questa ora costeggia un burrone. D'un tratto il chiarore d'una lanterna (via ottica) appesa ad un palo avverte di un ostacolo. Una frana rende la via pericolosa.

(1) È verosimile che, per l'educazione dell'apparecchio cerebellare, le diverse serie di movimenti automatici ed abituali si compiano senza l'intervento attivo della zona corticale-cerebrale (d'onde partono le vie fronto-rubro-spinali), cosicchè in quest'ultima si abbia solo uno stato di subcoscienza, mantenuta dallo stimolo, che il cervelletto le fornisce lungo la via del brachium conjunctivum, per informarla delle nuove attitudini, che il tronco e gli arti eventualmente prendono. (MINGAZZINI e GIANNULI. *Osserv. clin. e anat.-pat. sulle aplasie cerebellari*, loco citato, pag. 724).

(2) MINGAZZINI e GIANNULI. *Osservazioni cliniche, ecc.*, loco citato, pag. 725): Il concetto della direttiva del movimento procede dal cervello; la fine esecuzione dal cervelletto. — Solo, quando la zona pararolandica è avvertita del cambiamento, che il ritmo normale dell'attività cerebellare sta per subire, essa concorre prontamente per mezzo della via cortico-spinale ai bisogni della nuova attività.

Vedi anche: AUGUSTO MURRI. *Lezioni cliniche*, loco citato, pag. 612 e segg., 626 e segg.

Allora — mentre il cocchiere ferma di botto (via cortico tecto-spinale) il veicolo — il signore (corticalità pre-frontale) fa scendere il cameriere (arco diastaltico principale spino-bulbo-talamico-rolandico-piramidale), il quale afferra il morso e trae seco il cavallo lungo il percorso difficile, mentre il padrone (corticalità pre-frontale) attento e pronto sorveglia e consiglia (via: fibre d'associazione lunghe e corte della sostanza bianca degli emisferi cerebrali) i due servitori, finchè il pericolo non sia superato.

CONCLUSIONI.

Riguardo al mantenimento dell'equilibrio nella stazione eretta e nella deambulazione, alla coordinazione ed alla sinergia dei movimenti ed infine al tono della muscolatura, il sistema nervoso centrale può considerarsi costituito (oltrechè dall'arco riflesso spino-spinale) da quattro grandi archi diastaltici, due dei quali *subordinati* rispetto ad *uno* degli altri due *principali*.

I due archi *subordinati* sono i seguenti:

I. — Arco riflesso *cerebellare* costituito dai segmenti: Fasci di Flechsig e di Gowers (oltre alle olive bulbari ed al sistema di Deiters sensitivo) — *Cervelletto* —; Fasci cerebello vestibolo-spinale e cerebello-rubro-spinale (oltre al sistema di Deiters motore).

II. — Arco riflesso subordinato *sensorio-tectale*, che consiste nelle formazioni anatomiche: Vie periferiche ottica e cocleare — *Tubercoli quadrigemini* —; Fascio tecto-spinale.

I due archi *principali* sono i seguenti:

III. — Arco riflesso *rolandico*, costituito dai segmenti: Fasci di Goll e di Burdach, tractus bulbo-thalamici, peduncolo talamico superiore — *Zona corticale rolandica* —; Fascio piramidale.

IV. — Arco riflesso *cerebro-ponto-cerebellare*, costituito dai segmenti: Peduncoli talamici anteriore ed infero-posteriore — *Corticalità cerebrale pararolandica frontale, e temporo-occipitale* —; Tractus fronto-pontini e temporo-occipito pontini, per i peduncoli cerebellari medii, al cervelletto.

È quest'ultimo arco riflesso principale (cerebro-ponto-cerebellare), che per mezzo della sua branca efferente tiene in sottordine l'arco I (cerebellare). Ma esso è dotato in più, di due altri *segmenti efferenti accessorii*.

a) L'uno di questi è costituito dai *tractus cortico-tectales*, che per i brachia quadrigemina pervengono alle eminenze quadrigemine, cioè al centro dell'arco II (sensoriale), che resta così sottoposto al suo controllo.

b) L'altro è costituito dai *tractus cortico-strio-tegmentales*, che rappresentano una specie di « corto circuito », per il quale la corticalità cerebrale può esercitare direttamente la sua attività moderatrice sul nucleus ruber tegmenti, senza passare per il cervelletto. — Per tal modo, se viene soppressa l'attività di un emisfero cerebellare, la corticalità cerebrale è in grado di assumere su di sè fino ad un certo punto il governo di una delle due vie cerebellifugali considerate (la rubro-spinale), e di sostituire alla meglio l'altra via cerebellifuga inutilizzata (la vestibolo-spinale) col controllo diretto della via efferente dell'arco II (sensoriale) — cioè del tractus tecto-spinalis — per il tramite dei brachia quadrigemina. — In poche parole, il cervello sopperisce, come può, al deficit cerebellare mediante il governo diretto dei grossi gangli mesencefalici.

I centri di entrambi gli archi riflessi principali (il cerebro-ponto-cerebellare e il rolandico) sono governati e coordinati specialmente dalla corticalità pre-frontale — moderatrice e regolatrice suprema — per mezzo delle fibre associative corte e, particolarmente, lunghe della sostanza bianca degli emisferi cerebrali.

Nella tabe dorsale avanzata, se è soppressa la conduzione della sensibilità profonda lungo i segmenti afferenti degli archi riflessi I (cerebellare) e III (rolandico), resta ancora una via superstite d'« informazione »: la ottico-cocleare, segmento afferente tanto dell'arco diastaltico II (sensorio-tectale), quanto eventualmente (per la via indiretta di fibre associative corte della sostanza bianca del cervello) dell'arco III (rolandico-piramidale): via centripeta residua, la cui importanza è segnalata dal fenomeno di Romberg.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

L'analgesia cocainica per l'espulsione di calcoli arrestatisi nell'uretra, adoperata in sostituzione di manovre strumentali

pel dott. SANTI BIVONA.

La cocaina dal giorno in cui fu introdotta nella terapia del Keller di Vienna, per la sua azione anelgesica locale, ha avuto numerosissime e varie applicazioni, ma finora non l'ho vista adoperare per la espulsione dei calcoli arrestatisi nell'uretra, in sostituzione delle manovre strumentali. Perciò formando questa una applicazione nuova, a quanto io ne sappia, dell'anelgesia cocainica, ho creduto utile di rendere manifesta, benchè assai tardivamente, una mia osservazione, potendo riuscire di vantaggio la sua conoscenza, specialmente a chi è costretto ad esercitare la chirurgia nei piccoli centri, dove frequentemente, per la mancanza di ogni cosa, certi atti operativi riescono o impossibili ovvero sommamente difficili.

Il paziente su cui, per caso, fu fatta questa nuova applicazione della cocaina fu l'autore della seguente nota.

In agosto del 1885 ebbi due volte ematuria e dopo alquanti giorni una leggera colica nefritica, durata circa 3 ore. L'indomani cominciai a soffrire disturbi vescicali, consistenti in maggiore frequenza di orinare, in dolori vivi alla fine dell'orinazione, in cessazione brusca dell'orinazione talvolta, i quali mi mostrarono, che il calcolo, che aveva cagionato l'ematuria e poscia la colica nefritica, era ormai disceso nella vescica.

Dopo sei giorni, durante un'urinazione, il calcolo si impegnò nell'uretra, arrestandosi però nel primo tratto della stessa, cagionandomi dolore spasmodico e rendendo difficile e stentata la fuoriuscita dell'urina. Per quanti sforzi facessi per spingere fuori l'urina con velocità, onde cacciar via il calcolo, non potei riuscire nell'intento, nè allora, nè nelle successive orinazioni, anche praticate in bagno caldo prolungato.

Non potendo allora affidarmi all'opera di qualche collega locale e non volendo coll'indugio rendere più gravi le condizioni dell'uretra e le mie sofferenze, presi la determinazione di recarmi a Palermo. Ma il mio stato mi permetteva solo di potere usufruire di una carrozza per giungere a Castelvetrano, la più prossima stazione ferroviaria. Allora esisteva il solo servizio postale, una volta al giorno, tra Sciacca e Castelvetrano, passante pel mio paese, Menfi. La vettura postale proprio in quel gior-

no passò così piena di passeggeri, che non mi fu possibile in essa capitare un posto.

Non potendo riparare a questo impreveduto accidente e dovendo perciò forzatamente ritardare di un giorno la mia partenza, pensai di tentare io stesso l'estrazione del calcolo. Per rendere la manovra tollerabile, credei conveniente addormentare l'uretra, in me sommamente sensibile, con una soluzione di cloridrato di cocaina al 4 %. Con una pinza uretrale di Collin, spinta nell'uretra, riuscii a toccare il calcolo, situato molto profondamente, ma i tentativi fatti per afferrarlo riuscivano vani, attesa l'estrema difficoltà che io provava di manovrare lo strumento su me stesso, e quasi disperavo di riuscire nell'intento, quando mi vennero alla mente queste considerazioni:

Il calcolo se potè scendere senza difficoltà dal rene in vescica, percorrendo l'uretere, non deve essere di volume eccessivo. Se lo stesso impegnatosi nell'uretra, canale molto più ampio dell'uretere non può discendere, ciò deve attribuirsi non a sproporzione tra la sua grandezza e il diametro di quella, ma ad ostacolo spasmodico, che la sua presenza, forse obliquamente diretta, ha determinato in questo canale. Una volta annullata la sensibilità dell'uretra dall'azione della cocaina, mancando il punto di partenza, deve necessariamente mancare lo spasmo riflesso. Quindi dovrebbe riuscire facile la distensione dell'uretra e la progressione del calcolo per la vis a tergo esercitata dall'urina spinta energicamente in fuori da valida contrazione vescicale.

Avendo la vescica piena, compressa la punta della verga, feci un grande e continuato sforzo d'orinare, per dilatare l'uretra con l'orina, spinta dalla contrazione vescicale, coadiuvata da quella delle pareti addominali. Durante questo sforzo, cessai d'un tratto la compressione dell'estremo della verga, subito venne fuori il calcolo, che era invero abbastanza grosso e allungato.

Quindi il risultato della prova fu favorevolissimo e conforme alle considerazioni fatte.

Quest'applicazione dell'anestesia cocainica, avvenuta per un caso fortuito, potrebbe essere generalizzata con grande utilità. Tutte le volte che calcoli vescicali s'impegnano e si arrestano nell'uretra, quando l'impedimento non sia dovuto a restringimento organico di questo canale, l'uso dell'anestesia cocainica della mucosa uretrale, seguita dalla dilatazione uretrale a mezzo dell'urina, nel modo sopra descritto, può essere certamente, in un discreto numero di casi, seguito da favorevoli risultati. Siccome il procedimento è del tutto innocuo, così può applicarsi in ogni caso e qualora riuscisse inefficace, approfittandosi della anestesia cocainica, subito si potrebbe introdurre una pinza uretrale e fare l'estrazione del calcolo.

Il vantaggio dell'espulsione del calcolo, con la dilatazione dell'uretra, a mezzo dell'anestesia cocainica, sull'estrazione con la pinza è certamente grandissimo, specie negli operati di litotrizia, dove le schegge sono più o meno angolose. La scheggia tirata da una pinza, strisciando, lede la mucosa uretrale, mentre nell'altro caso, l'ondata dell'urina, nell'atto che dilata l'uretra, smuove e spinge in fuori il calcolo, che non lesionerà affatto o lesionerà minimamente il canale uretrale.

Menfi, agosto 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

Contributo allo studio della cura abortiva della lue nel periodo della prima incubazione.

Note sperimentali

per il dott. ENRICO VECCHIA, già Assistente volontario nella R. Clinica Dermosifilopatica di Torino.

Al concetto medico moderno di profilassi nella prevenzione delle malattie è susseguito quello non meno importante di terapia abortiva, la cura che dovrebbe arrestare i mali al loro primo iniziarsi nell'organismo.

Nessun campo al proposito è stato così fecondo di esperimenti quanto quello venerologico.

Tuttavia, per quanto riguarda la lue, i risultati sono ben lungi dall'essere sicuramente accettabili: basta accennare al fatto di pareri così diversi di autori, che si posero lo stesso argomento. Ciò perchè le condizioni dell'esperimento clinico hanno per lo più una grave labe insita: rispetto al contagio hanno solo rapporti di possibilità e di probabilità, non di certezza pressochè assoluta. Cito al proposito la famosa auto-inoculazione di Magian di Manchester, che è una delle prove più recenti. Chi, per altro, ci garantisce che il reiz-serum inoculato fosse — non solo probabilmente — ma sicuramente infettivo di lue e che quindi il novoarsenobenzolo sia stato il farmaco capace di strozzare il male al suo inizio?

Troppe volte abbiamo visto nella pratica individui con soluzioni di continuo avere rapporti con portatrici di lesioni ulcerate specifiche, primarie e secondarie, senza contagiarsi.

Del resto riserve importanti sono state fatte su questo caso da Darier, Balzer e Thibierge (1).

Ugualmente si può concludere circa uno dei più recenti lavori sullo stesso argomento (2), che per quanto presenti tutte le probabilità

cliniche di contagio per le malate, trattate con terapia abortiva, non ha la certezza assoluta della conseguita loro infezione.

Sicchè, mi è parso nel campo sperimentale non privo d'interesse, qualche tentativo, che realizzasse le pressochè assolute condizioni di certezza del contagio.

L'animale scelto è stato il coniglio, come quello la cui recettività luetica, le reazioni, e l'azione terapeutica erano più facilmente controllabili.

Ottenuti due sifilomi in un animale (coniglio A), a suo tempo inoculato di materiale luetico, ho stabilito una prima serie di conigli (B-C-D-E), che innestai rispettivamente di pezzettini dei sifilomi col metodo della tasca scrotale.

Inutile dire che le bestiole erano immuni da malattie parassitarie e da manifestazioni ghiandolari, e che l'inoculazione era ricca di treponemi, controllati per ogni animale colla colorazione al nitrato d'argento. (met. F. T.).

Il coniglio D fu tenuto come controllo, quelli B-C-E, trattati per via endovenosa con ctgr. 0,01 di novoarsenobenzolo Billon *pro* chilo, rispettivamente in seconda, quarta, sesta giornata dall'infezione.

La scelta dell'arsenobenzolo per la cura abortiva è stata consigliata dalla nota energica azione di questo farmaco sulle lesioni superficiali luetiche, che arriva sino a produrre la rapida scomparsa dei treponemi in corrispondenza delle manifestazioni sopradette. Mentre il coniglio controllo (D) presentava quaranta giorni dopo due sifilomi nei punti d'innesto, ricchi di treponemi, pleiade specifica agli inguini, i conigli B e C erano completamente immuni da manifestazioni luetiche.

L'osservazione continuata ancora per tre mesi non rilevò mai nulla a carico di questi due animali, nè clinicamente, nè microscopicamente; anzi, sacrificato alla fine di questo tempo uno dei conigli (C), non si trovò alcuna entità anatomo-patologica degna di menzione.

Notevole, invece, fu il comportarsi del coniglio E, trattato in sesta giornata.

Già al venticinquesimo giorno gli si notò al testicolo sinistro la comparsa di un'ulcerazione sospetta, e nel cavo inguinale corrispondente due ganglii duri, indolenti. A destra, poco dopo, apparve uguale manifestazione.

Al cinquantesimo giorno l'animale presentava ad entrambi i testicoli un sifiloma nettissimo.

La ricerca del treponema pall. riuscì positivissima.

La pleiade biinguinale imponente.

Così il tentativo di una abortiva, compiuto dopo sei giorni dalla sicura infezione, appariva fallito.

Valendomi del materiale luetico, tolto da questo stesso animale, ho stabilita una seconda serie d'esperienze. Conigli F. G. H.; trattati rispettivamente in prima, terza, quinta giornata con intendimento abortivo.

Il farmaco usato fu il Neo-Jacol dell'Istituto Sieroterapico Milanese, novoarsenobenzolo nazionale, somministrato alla dose di 0,03 per animale cioè 0,01 per chilo.

Nessuna sindrome luetica si potè rilevare negli animali curati, neppure in quello trattato nel quinto giorno dall'infezione, che fu cogli altri seguito per oltre due mesi.

Per avere, poi, il conforto di altra prova, la reinfezione, questi ultimi tre conigli e quello B della prima serie, nei quali a modesto mio parere, era riuscito il trattamento abortivo, furono alla fine di giugno reinoculati di nuovo materiale luetico, ricco di treponemi.

Due animali (conigli G. H.) non tardarono a presentare già al ventesimo giorno due sifilomi un po' nani, ma bene infiltrati con secondarie reazioni all'apparato linfatico: gli altri due conigli B. F. al trentaquattresimo giorno avevano uguale sindrome sifilitica, più imponente ancora. La ricerca sistematica del T. P. ne mise in evidenza dei chiarissimi e numerosi.

Così questa prova in senso positivo riusciva di preziosa conferma al primo esperimento abortivo. Il dubbio di conigli curati, senza manifestazioni esteriori e forse con fatti di latenza, era eliminato dal rigoglioso fiorire del contagio alla seconda e rispettata inoculazione.

Mi pare dunque di potere in queste brevi note preliminari e malgrado le poche esperienze concludere sulla possibilità di sperare la riuscita della cura abortiva nei modi di tempo e di fatto indicati.

L'azione dell'arsenobenzolo è preziosa in questa precoce aggressione contro il treponema, prima che abbia potuto moltiplicarsi molto ed invadere l'organismo.

Disgraziatamente, scendendo nel campo pratico, non si può stimare favorevole questo metodo, quando in una lue iniziale ci troviamo di già in presenza di una lesione, seguita ad una inoculazione di molti e molti giorni antecedenti. Anche per le manifestazioni veneree minori, che possono essere il propizio momento di una concomitante sifilide, la cura abortiva non può servire, dato che queste lesioni vengono al medico per lo più dopo un periodo di tempo, superiore al quinto giorno.

Piuttosto in caso di ferite professionali accidentali con facile inoculazione del treponema,

penso non doversi esitare e ricorrere con fiducia a questo metodo, valendoci subito di forti dosi di novoarsenobenzolo, e, meglio se ripetute.

Gli insuccessi — e bisogna tener conto nel trattamento abortivo anche di questa evenienza — non potrebbero che imputarsi allora che a casi arseno-resistenti, come talvolta si vedono in malati con affezioni secondarie nei quali il 914, usato anche energicamente e diuturnamente, non riesce di alcun beneficio.

BIBLIOGRAFIA.

1. Bull. Acad. de Méd. de Paris, n. 20, anno 1919.
2. L. FOURNIER et L. GUENOT. *Abortion de la syphilis par les arsénobenzolo employés des la période d'incubation.* La Presse Médicale, n. 55, anno 1919.

MEDICINA SOCIALE.

La Medicina Sociale del prof. Ettore Levi.

Gli Stati civili si vanno sempre più persuadendo della suprema necessità della Medicina Sociale per la difesa della salute pubblica, per il miglioramento della prole, e maggiormente dopo la grande guerra: da una parte i risultati poco soddisfacenti sulla efficienza fisica dei popoli dalle visite dei coscritti, molti non idonei al servizio militare per malattie evitabili, provano la trascuranza nel passato della pubblica igiene; dall'altra parte la efficacia della severa applicazione delle norme di igiene ad impedire durante la guerra la diffusione delle malattie infettive e contagiose fra i soldati e fra le popolazioni civili, ne dimostra l'altissimo valore.

In alcune Nazioni, come nella Gran Bretagna, si è istituito il Ministero della Sanità Pubblica; nei discorsi dei grandi uomini di Stato si afferma la necessità di quelle trasformazioni sociali che portano alla eliminazione dei fattori di molte malattie, e nell'ultimo discorso del Trono si confermava l'urgenza della guerra contro le malattie evitabili, il cui primo passo è l'abitazione igienica e confortevole, onde esulino le occasioni dei contagi, la intemperanza alcoolica e la criminalità spesso precoce.

In questo indirizzo poco si è fatto in Italia e molto quindi deve farsi. Se ciò non fosse non si vedrebbero tante miserie, tante desolazioni nelle vie dolorose aperte nel consorzio umano da tante malattie che sono veri flagelli sociali.

Di fronte a queste tristi condizioni, si deve accogliere con viva soddisfazione il progetto veramente serio e profondamente studiato che ci viene dal prof. Ettore Levi, il quale, dopo aver coltivato con successo la medicina clinica, dedica ora la sua intelligente operosità piena di entusiasmo alle opere di Medicina Sociale.

Il progetto per la fondazione di un *Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale*, è diffusamente e chiaramente esposto in una Memoria pubblicata or sono poche settimane (1), che ha il pregio eminente di una prefazione di Luigi Luzzatti, di quell'uomo veramente illustre, venerato ed amato, che alla sapienza ed alla grande dottrina unisce la bontà schietta e fattiva, l'amore sincero per il bene vero delle classi lavoratrici.

Lo studio del Levi è inspirato al nobile pensiero del miglioramento fisico e morale della società nella conoscenza reale dei mali onde è travagliata, molti dei quali evitabili, per virtù della buona volontà nella osservazione della etica igienica, il cui beneficio umanitario ed economico è immancabile.

Una grande verità è ripetuta dal Levi, cioè, che quando si manifestano malattie contagiose esotiche, tutte le forze sanitarie sono mobilizzate, senza alcun risparmio di lavoro e di spesa; mentre si rimane indifferenti, inattivi, di fronte alla lenta, quotidiana, oscura sofferenza delle masse, provocata da altre malattie dominanti in permanenza e che ne insidiano la salute e la vita.

Ed un'altra verità è che l'ignoranza, i pregiudizi, l'indifferenza sono gli ostacoli che chiudono l'adito alla conoscenza del bene e del male nella preservazione della salute, nella cura tempestiva delle malattie al loro primo inizio, onde si riconosce il bisogno di una istruzione igienica più diffusa e fatta con metodi efficaci.

Mentre la carità suole sovvenire le miserie in atto, quando già la sventura si è abbattuta sugli individui e sulle famiglie, una illuminata e sincera organizzazione di assistenza civile esercita un'opera di prevenzione di quelle sventure ed è quindi d'importanza infinitamente maggiore e a quella si dovrebbe sostituire, lasciando per altro che essa continui l'azione sua benefica, quando per forza maggiore l'opera preventiva è riuscita vana.

Questa istituzione dovrà sorgere, secondo il pensiero del Levi, dalla concorde collaborazione dei rappresentanti del capitale e del lavoro, onde verranno la pacifica restaurazione ed il progresso del benessere nella salute e nella elevazione morale della Nazione, da conseguirsi con l'educazione dei suoi cittadini.

---

(1) «La medicina sociale in difesa della vita e del lavoro», con prefazione di Luigi Luzzatti, — Roma, Soc. Anonima Editrice «La Voce», 1921.

Nella sua Memoria il prof. Levi, da abile medico, esamina i mali maggiori che contristano e danneggiano la Società: la morbilità e la mortalità nell'infanzia e nella fanciullezza; la tubercolosi e le malattie veneree, la malaria, la pellagra, le malattie alcooliche, le malattie mentali, ecc., e propone i rimedi onde ridurne il numero o farle scomparire e così nasca e cresca una popolazione sana e forte.

Una profilassi sociale ben organizzata, saviamente diretta e vigilata, renderà maggiore il valore materiale e morale del capitale uomo, farà risparmiare enormi capitali e solleverà il prestigio della Nazione.

Se in questa direttiva entrerà la convinzione delle classi dirigenti le grandi industrie negli stabilimenti, nelle officine e nelle campagne, fondata sulla consapevolezza dei danni economici delle malattie sociali, dei doveri che loro spettano e dei vantaggi che verranno loro dal sincero adempimento degli stessi, è superfluo aggiungere che i risultati benefici saranno sicuri e maggiori.

La istituzione nuova non pretende di sostituirsi ai grandi organismi di Stato e di altri Enti già esistenti, come quello della Croce Rossa e d'invaderne il campo, poichè si propone di collaborare e di stimolare, di collegare le attività delle varie istituzioni, avendo per altro iniziativa, indipendenza ed unità direttiva.

Così ad esempio presterà incoraggiamento ed aiuto agli Enti di assistenza sociale più attivi, procurando adesioni morali e materiali alla rinnovata, benefica attività di pace della Croce Rossa, alla provvida Associazione per il Mezzogiorno d'Italia, al Touring Club, inteso a temprare i nostri giovani a sani cimenti, e ad altre istituzioni benefiche nazionali, coordinando anche la propria azione con il Commissariato dell'Emigrazione e con i grandi organi di Igiene internazionali già fondati a Ginevra.

L'opera cui la nuova Istituzione intende precipuamente volgere le sue cure è quella di una vasta propaganda in tutte le classi sociali: alle classi abbienti, ai Direttori delle grandi Industrie, ai grandi proprietari ed alle classi lavoratrici delle città e delle campagne, perchè tutti comprendano i doveri e i diritti reciproci.

La propaganda deve farsi con tutti i mezzi, da persone competenti e fedeli, non soltanto per la prevenzione delle malattie sociali, ma eziandio per la osservanza delle norme di igiene sociale che riguardano gli individui e le famiglie, sulle quali si fonda la prevenzione di tutte le malattie, la conservazione della salute e il prolungamento della vita.

Tale propaganda deve farsi nelle scuole, nelle caserme, nelle officine, nelle campagne: nella scuola ove la pulizia, l'ordine e la disciplina siano vigilate da maestri i quali alle parole aggiungano l'esempio; nelle caserme, che potrebbero anche divenire palestre di educazione igienica, se da ufficiali medici si abituassero i coscritti alla pulizia delle persone e dei quartieri e loro si insegnassero quei precetti di igiene che poi diffonderebbero nelle famiglie e nei paesi al loro ritorno; nelle officine, nei laboratorii, ove al lavoro di propaganda e di benessere fra gli operai dovrebbero contribuire gli stessi operai scelti fra i più intelligenti e i più disciplinati; nelle campagne, precipuamente in quelle ove dominano la pellagra e la malaria, per mezzo di frequenti conferenze accessibili alla mentalità dei lavoratori, nelle quali si faccia comprendere il valore della buona salute e con quali mezzi si riesca a preservarla dalle malattie e più da quelle che maggiormente li minacciano.

Ogni progresso, dice il Levi, delle organizzazioni del lavoro, sia nelle officine, sia nei campi, non è possibile, senza che si pensi seriamente a mantenere in buona salute, cioè in efficienza di lavoro, gli operai, senza la preservazione dalle malattie.

A raggiungere meglio questo scopo gioverà, come propone il Levi, istituire nuove scuole per Vigilatori e Vigilatrici sociali; scuole sul tipo di quelle già esistenti specialmente nei paesi Anglo-Sassoni, sorte e fiorenti per opera di industriali, di banchieri e di assicuratori. Si può oggi affermare che in America non v'è più quasi una grande officina, che non abbia le sue vigilatrici, le missionarie benefiche, che diffondono le massime d'igiene, che sorvegliano e tutelano la salute dei lavoratori e fanno risparmiare tesori ai grandi industriali. E l'opera delle infermiere vigilatrici sarà anche provvida nelle scuole, nei dispensari, nei laboratorii di orientamento professionale e nelle istituzioni per la utilizzazione economica dei minorati fisici e psichici, ora di aggravio e di danno alla società.

Una funzione importante della propaganda riguarda l'applicazione, la pratica delle assicurazioni sociali, le quali non potranno mai raggiungere gli scopi cui sono dirette senza che le classi lavoratrici ne comprendano la portata, i risultati benefici a loro favore e vi contribuiscano con la onesta, volenterosa disciplina e con lealtà. È questo un còmpito di primo ordine della propaganda, per il quale, come dice il benemerito Pieraccini, e ripete il Levi, si gittano nel popolo i semi di quelle idee, onde germoglieranno i grandi sentimenti e le grandi funzioni sociali.

Con queste poche parole non si pretende di aver fatto neppure un breve sunto della dotta ed elaborata Memoria del prof. Levi; soltanto speriamo che se ne possa rilevare la nobile, gagliarda e poderosa iniziativa, le alte finalità, il vigoroso entusiasmo. Vogliamo aggiungere che in essa sono considerati i maggiori problemi della medicina sociale dalla cui soluzione dipende il miglioramento, il progresso della umanità.

E gioverà ripetere il consiglio con il quale Luigi Luzzatti chiudeva la prefazione: « Leggiamo questo studio dell'Egregio Professore per convertire le savie parole in atti liberatori dei nostri mali ».

MARCHIAFAVA.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Diabete e glandole endocrine.

(LAUGDON BROWN - *British Medical Journal*, 7 agosto 1920).

L'equilibrio organico è in gran parte mantenuto dalla azione delle glandule endocrine, che possono dividersi in due gruppi, le acceleratrici e le inibitrici. Le prime sono controllate dal simpatico, le seconde dal parasimpatico; l'uno e l'altro costituiscono la parte più bassa del sistema nervoso, ossia il sistema viscerale, vegetativo o autonomo, che agendo indipendentemente dalla volontà ed in genere senza suscitare sensazioni, regola le funzioni della vita organica. Il simpatico ha un'azione katabolica convertendo le riserve organiche in energia cinetica e quindi in manifestazioni difensive, mentre il parasimpatico è anabolico, accumulatore di riserve. Il simpatico è battagliero, il parasimpatico è pacifico.

L'esempio più significativo dell'attività del simpatico è dato dalla mobilizzazione dello zucchero, la quale pare si produca attraverso la eccitazione della tiroide, della ipofisi e delle surrenali.

Le relazioni fra simpatico e glandole endocrine appaiono più nelle surrenali. Nel sistema nervoso centrale dei vermi ci sono cellule che sono accestori comuni dei neuroni simpatici e delle cellule surrenali secernenti. Nei vertebrati inferiori le cellule simpatiche sono scarse, ma in compenso c'è una larga distribuzione di cellule secernenti adrenalina. A misura che si va avanti nella scala animale le cellule secernenti si trasformano determinando la formazione del sistema simpatico e di esse non rimangono indifferenziate che solo quelle della parte midollare delle surrenali. Il simpatico eccita la secrezione di queste cellule midollari, le quali reciprocamente, con la loro secrezione, eccitano il sistema simpatico. Gli effetti quindi dei due fatti sono identici: la eccitazione del simpatico e la iniezione di adrenalina fa aumentare la quantità di zucchero nel sangue ed abbassare la tolleranza ai carboidrati.

Relazioni analoghe esistono fra tiroide e simpatico.

Per quel che riguarda l'ipofisi è provato che la sua secrezione fa aumentare lo zucchero nel sangue ed abbassare la tolleranza ai carboidrati, e che la secrezione può essere aumentata dalla eccitazione del simpatico, ma l'effetto correlativo dell'azione del secreto sul simpatico non è stato ancora dimostrato.

La influenza del parasimpatico nella formazione delle riserve è dimostrata dalla sua azione nell'assimilazione degli alimenti. Esso ha una parte principale, sia direttamente che indirettamente, nella produzione del succo gastrico e nel mantenere il tono necessario per i movimenti peristaltici.

D'altra parte una delle ghiandule digestive, il pancreas, non solo ha una secrezione esterna, ma ha anche una funzione secretiva interna, per la quale lo zucchero ingerito è trasformato in una combinazione colloide più complessa, che non può passare attraverso i reni; così il pancreas contribuisce ad aumentare la tolleranza per i carboidrati. Ora questo organo è provvisto di innervazione simpatica e parasimpatica con azioni antagoniste. Così la funzione secretiva del pancreas, mentre è in gran parte eccitata da agenti chimici, risente anche l'azione di influssi nervosi. Il simpatico ha una azione inibitoria sul pancreas, sia per la funzione esocrina come per quella endocrina. Perciò la sua eccitazione aumenta il contenuto di zucchero nel sangue ed abbassa la tolleranza ai carboidrati sia stimolando l'attività delle glandule acceleratrici o kataboliche sia inibendo quelle anaboliche.

Il simpatico mobilizza lo zucchero nel sangue a mezzo delle glandole endocrine a scopo di difesa, mentre il parasimpatico lo concentra nei tessuti a mo' di riserva.

Lo zucchero ha nell'organismo un triplice destino: può essere immagazzinato nel fegato come glicogeno o nei vari tessuti come grasso; o può essere utilizzato come sorgente di energia muscolare. Se questi tre processi non si compiono regolarmente, lo zucchero compare nelle urine.

La secrezione interna del pancreas agisce sulle molecole zuccherine come un ambocettore, che le riunisce per la formazione di molecole

più grandi, come quelle delle proteine. Normalmente questa funzione si compie in modo da lasciare nel sangue una quantità di zucchero pari al 0.1 %. Ma se la secrezione pancreatica è alterata, la quantità di zucchero trasformata è minore, e compare così la iperglicemia e quindi la glicosuria, anche se la dieta è regolare. Con questa concezione non c'è distinzione tra glicosuria alimentare e diabete: tutto è in funzione degli ambocettori pancreatici e delle necessità alimentari dell'organismo.

Ma la iperglicemia oltre che per eccesso di alimentazione zuccherina o per difetto della secrezione interna pancreatica può essere determinata da altri fattori in rapporto allo stato funzionale della tiroide, delle surrenali, dell'ipofisi, le quali al riguardo hanno un'azione antagonista a quella del pancreas.

Pemberton e Sweet dimostrarono che l'asportazione delle surrenali è seguìta da un flusso abbondante di succo pancreatico, flusso che può essere temporaneamente arrestato mediante la iniezione di adrenalina. D'altra parte è ben noto che l'adrenalina dilata la pupilla di un occhio asportato, mentre non ha la stessa azione su quello di un occhio integro di un individuo normale. Questo fatto messo in rapporto con l'altro rilevato a Loewi che l'adrenalina fa dilatare la pupilla di un cane depancreatizzato, dimostra che la midriasi determinata da instillazione di adrenalina è un segno di insufficienza pancreatica. Il fenomeno si verifica anche nell'ipertiroidismo, ciò che dimostrerebbe che la iperfunzione tiroide inibisce l'attività pancreatica.

È stato obbiettato che i casi ordinari di diabete non dimostrano sintomi evidenti di disturbi endocrini, e che viceversa vi sono malattie delle glandule a secrezione interna senza disturbi della tolleranza allo zucchero. Allen, che è uno dei più tenaci avversari della teoria pancreatica del diabete, sostiene che la malattia può giungere all'esito letale, mentre il pancreas si mantiene normale. E più recentemente ha sostenuto che la degenerazione delle cellule pancreatiche può essere un effetto più che la causa del diabete. Lo stesso autore è tuttavia disposto ad ammettere che la insufficienza epatica abbia un'origine nervosa.

In effetti se il diabete dipendesse da un'affezione organica del pancreas insieme alla glicosuria si dovrebbero trovare disturbi inerenti alle altre funzioni della glandula stessa e quindi un eccesso di grasso inalterato nelle feci, in rapporto al difetto di lipase, un alto contenuto di diastase nelle urine in seguito al riassorbimento di questa sostanza per l'eventuale ostruzione del dotto pancreatico, e forse anche itterizia. Ora nel diabete di solito questi sintomi mancano. Conviene quindi ricorrere ad un'altra spiegazione.

È ben noto che l'estratto tiroideo eccita la glicosuria e che nel gozzo esoftalmico si ha un abbassamento della tolleranza allo zucchero e talora anche glicosuria, mentre nel mixedema la tolleranza allo zucchero è molto aumentata. Fenomeni analoghi a quelli dovuti all'ipertiroidismo si hanno nella iperfunzione dell'ipofisi. E la glicosuria delle gravide è probabilmente dovuta agli effetti eccitanti della gestazione sulla tiroide e sull'ipofisi. Anche le iniezioni di adrenalina possono provocare la glicosuria. La glicosuria transitoria di origine emotiva è stata attribuita ad un'eccitazione delle surrenali attraverso il simpatico.

I fatti finora raccolti dimostrano che l'ordinario diabete non presenta altri segni di disturbi endocrini, mentre la glicosuria endocrina non ha un'origine ben chiara.

La difficoltà di dare una interpretazione unica a fatti patologici che hanno analogie ma non identità fenomenologiche indusse Eppinger e Falta a pensare che il diabete non fosse dovuto ad alterazione di una delle glandule endocrine, ma ad uno squilibrio delle loro relazioni funzionali. Ma questa interpretazione non è accettabile nel senso che non si riesce a comprendere come possa essere turbato l'equilibrio senza ammettere la disfunzione di uno o più elementi dell'apparecchio endocrino. L'ipotesi appare più verisimile quando si renda responsabile della disarmonica attività delle glandule il sistema nervoso, il simpatico che ne governa e ne regola l'armonico funzionamento. La eccitazione del simpatico contemporaneamente stimola le ghiandole che abbassano il metabolismo dei carboidrati ed inibisce quelle che l'accrescono. Il simpatico inibisce il pancreas e nello stesso tempo attiva la tiroide, l'ipofisi, le surrenali, i cui secreti a loro volta si stimolano fra loro ed inibiscono l'attività pancreatica. Si ha così un concatenamento ed una somma di azioni conducenti ad unico effetto: la diminuzione della tolleranza allo zucchero.

Allo stato dei fatti le glicosurie si possono così classificare:

1° Glicosuria di origine organica con alterazioni anatomiche delle glandule endocrine determinanti: *a*) iperattività delle surrenali, della tiroide, dell'ipofisi, o *b*) ipofunzione del pancreas.

2° Glicosuria di origine simpatica senza alterazione delle glandule endocrine, ma con: *a*) iperattività funzionale delle surrenali, della tiroide e dell'ipofisi, e *b*) ipoattività funzionale del pancreas.

dr.

MEDICINA.

La ptosi ematica.

Forza di resistenza alla gravità nella circolazione — Misurazione e significato.

(CRAMPTON. *The Amer. Journ. of Med. Sc.*, novembre 1920).

Indipendentemente dal cuore, già molto studiato, la condizione dell'apparato circolatorio, non studiato ancora in egual grado, è d'importanza straordinaria nelle variazioni della pressione sanguigna e della distribuzione del sangue.

Il mezzo più semplice per saggiare lo stato del circolo è di sottoporlo ad un determinato lavoro, e notarne la reazione. Esercizi di varie specie sono stati indicati, ai quali si è contrapposto il rilievo, alla fine, della frequenza del battito, e della pressione vasale, e della durata che serbano nei varii casi le predette qualità.

L'A. suggerisce, invece, il rilievo della reazione circolatoria, al semplice e naturale carico idrostatico messo sull'apparato circolatorio quando un soggetto dalla posizione orizzontale passa alla posizione verticale. Nella posizione orizzontale il cuore pompa il sangue che si trova tutto sullo stesso piano, senza bisogno di venire spinto o tirato su con energia verso il cuore. Nella posizione verticale invece il sangue, dovendo tornare al cuore contro la direzione della forza di gravità, deve venirvi spinto o aspirato con energia. Ed ecco allora, in aiuto dell'efficienza cardiaca, la contrazione muscolare degli arti inferiori, le fibre muscolari della parete venosa stessa, la peristalsi intestinale, la pressione endoaddominale, pressioni allo esterno dell'addome, la ventilazione polmonare, ecc. Ora non si vuole nella prova proposta analizzare questi fattori, ma valutarli nella loro efficienza globale, quella che si chiama forza di resistenza alla gravità della circolazione.

L'esperimento ha dimostrato come e quanto variino i risultati della prova secondo le più diverse contingenze morbose e spesso abbastanza rapidamente. I dati presi sono la cifra della pressione sia sistolica che diastolica e la cifra della frequenza cardiaca corrispondente ad ognuna: la prima esprime l'efficienza, la seconda la deficienza della forza in esame. Dopo ripetute osservazioni su giovani sani l'A. ha compilata una serie di cifre che equilibrano questi due valori, e rappresentano un indice sintetico della loro interferenza nei diversi gradi, in modo che conoscendo il doppio numero della pressione e il doppio numero della frequenza cardiaca, si può desumere dalla detta tavola il numero indice, che è quello che conta, e che varia nelle diverse condizioni fisiologiche e patologiche. Non si può disconoscere che per ora tale numero è arbitrario.

Dalle numerose osservazioni cliniche si desume già che sussiste in certe malattie la tendenza ad un indice determinato, per quanto in ogni malattia l'indice può variare grandemente. Nella colite mucosa, p. es., è la tendenza ad indice alto (70); nella colite spastica quella ad indice basso (40); nell'arteriosclerosi l'indice alto indica grande efficienza cardiaca, mentre l'indice basso è compagno di depressione cardiaca.

Spesso un rapido abbassamento dell'indice può indicare l'imminenza di una malattia acuta prima che un qualsiasi sintoma di essa siasi mostrato.

Gl'individui ad indice basso, per quanto aitanti della persona e floridi, non resistono alle fatiche fisiche e allo sport di strapazzo. Il tabacco deprime straordinariamente il tono splancnico, dando un indice basso; anche la fatica, le malattie, ecc.

Detto indice può servire a indicare l'efficienza della funzione circolatoria durante una malattia, e l'entità del progredire della convalescenza. La media normale di detto indice è da 50°-100°; sotto 0° significa grande deficienza circolatoria; cifre alte negli ammalati indicano sforzo non sempre di lieto prognostico. Non si possono utilmente paragonare gl'indici di due persone; più utile è il paragone tra due indici della stessa persona.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Appendicite acuta e ostruzione appendicolare acuta.

(D. P. V. WILKIE. *Edimburg Med. Journ.*, novembre 1920).

La pratica dell'intervento precoce ha dato modo di osservare gli stadi iniziali della malattia, e si è veduto che lesioni primitive affatto differenti possono egualmente condurre alla perforazione.

L'A. distingue le malattie acute dell'appendice in quattro tipi:

1° Infiammazione acuta della parete.

2° Ostruzione acuta del lume.

3° Ulcera perforante della parete.

4° Infiammazione acuta con ostruzione acuta secondaria.

L'infiammazione primitiva della parete si manifesta con malessere, ascesa della temperatura e della frequenza del polso, nausea e talora vomito: il dolore all'ipogastrio si va localizzando a destra.

Riguardo all'ostruzione acuta del lume appendicolare l'A. riferisce un caso, operato con diagnosi di probabile perforazione del duodeno, mentre fu poi trovata un'appendice per buona parte in preda alla cancrena, ostruita da una massa fecale. Il paziente ebbe questi sintomi: alle 5 p. m. forte dolore addominale, poi cessato, e ritornato più tardi con vomito: di tanto in tanto si esacerbava, come uno spasmo, e veniva localizzato soggettivamente intorno all'ombelico. Marcata iperestesia al lato destro dell'addome, polso 80, temperatura 37.1. L'A. si domanda se la semplice ostruzione completa del lume dell'appendice può portare una sintomatologia così clamorosa e lesioni così rapide. Egli tentò risolvere il problema con l'esperimento nei gatti e nei conigli.

Nei conigli legò l'estremo prossimale dell'appendice con laccio elastico, senza impedire l'afflusso sanguigno all'organo: in alcuni praticò la semplice legatura, in altri fece prima penetrare poche materie fecali nell'appendice, in altri ancora ne fece penetrare una grande quantità, prima di stringere il laccio. Nel primo caso trovò un mucocele, e non vi fu alterazione della salute dell'animale; nel secondo trovò un empiema, talora perforato; nel terzo ebbe rapida cancrena e perforazione, con esito letale tra le 12 e le 48 ore.

Ma per avvicinarsi alle condizioni dell'appendice umana volle ripetere l'esperimento in un carnivoro, e scelse il gatto, che però è sprovvisto d'appendice. Gli procurò quindi un'appendice artificiale, isolando l'ultima ansa dell'ileo, che è ricca di tessuto linfoide (come l'appendice), e restaurando poi la continuità del tratto intestinale. In alcuni casi lasciò vuota l'ansa, in altri v'introdusse poche feci, in altri casi molte: il comportamento di quest'ansa fu identico a quello dell'appendice del coniglio. Quando nell'ansa fu introdotta un'emulsione di cultura di batterî intestinali non si ebbe sintomatologia imponente, quantunque l'ansa venne poi trovata quasi piena di contenuto mucopurulento.

Dunque il fattore patogenico principale sembra essere la decomposizione delle materie fecali. La cancrena era più rapida negli animali precedentemente mantenuti a dieta proteica.

L'A. pensa che in patologia umana è facile trovare fatti analoghi ai suoi esperimenti: il mucocele si ha per obliterazione del capo prossimale dell'appendice, in seguito a precedenti infiammazioni; ha trovato l'empiema in appendici occluse da una concrezione impegnata in una stenosi o in un ginocchio presso l'estremità cecale; la cancrena è di osservazione quotidiana, e l'A. pensa che la trombosi dei vasi del mesenteriolo è la conseguenza e non la causa della cancrena.

Le due più comuni cause dell'ostruzione appendicolare acuta sono l'impegno di una concrezione in una stenosi conseguente a precedenti attacchi di appendicite, o in un'inginocchiatura dell'appendice dovuta ad aderenze o ad una plica congenita del peritoneo: la più frequente è la plica genito-mesenterica, che circonda l'appendice generalmente al suo terzo medio. Così accade che piccola quantità di materie fecali entrano nell'appendice e producono coliche appendicolari, mentre costituiscono una concrezione. Se per caso entra una nuova considerevole quantità di materie, e queste fermentano, i gas forzando la concrezione contro la stenosi determinano una chiusura a valvola, come nelle bottiglie di gazzosa, e vengono a trovarsi sotto pressione, donde la cancrena.

Un'altra causa di ostruzione, riscontrata dall'A., è il carcinoma dell'estremo prossimale dell'appendice, che può condurre all'empiema, e, se vi si associa una concrezione, anche alla cancrena.

Il quadro clinico nell'ostruzione appendicolare acuta mostra un inizio improvviso, con dolori acuti intorno all'ombelico, e spesso vomito. Il dolore può cominciare dopo uno sforzo, o anche durante il sonno: all'inizio è spesso intermittente, poi diviene costante, esacerbandosi ogni tanto. Nell'anamnesi non si trova nulla, o qualche attacco di colica, che spesso è definito come indigestione, o come attacco biliare. La perforazione porta un sollievo temporaneo dal dolore, ma il polso sale. Nell'ostruzione, per qualche ora (12 o più) può mancare sia l'ascesa del polso che della temperatura, onde non bisogna tenerne troppo conto. Piuttosto è da por mente alla facies ansiosa, e alla coscienza di grave malattia che ha il malato. L'esame fisico dell'addome dimostra iperestesia nel quadrante inferiore destro dell'addome; può però diminuire subito dopo la perforazione. Quasi sempre si nota rigidità della metà inferiore del retto di destra. Per la situazione retrocecale dell'appendice parla l'iperestesia cutanea nel punto di Mac Burney, congiunta a notevole sensibilità della regione lombare posteriormente, con urine normali.

È frequente l'appendicite acuta con ostruzione secondaria. L'ispessimento e l'edema degl'involucri restringono il lume, e l'occludono, con o senza l'intervento di una concrezione o di un inginocchiamento: segue poi la cancrena e la perforazione. I sintomi sono all'inizio quelli di una semplice infiammazione, con lieve febbre, lieve aumento di frequenza del polso, dolore ottuso e sensibilità locale. Sopraggiunta

l'ostruzione si hanno le caratteristiche esacerbazioni spasmodiche. Per la perforazione non v'è nulla da aggiungere: indicazione operatoria nei casi dubbi sono le menzionate esacerbazioni spasmodiche del dolore.

L'A. così conclude: l'infiammazione acuta primitiva e l'ostruzione acuta primitiva sono entità patologiche e cliniche distinte; l'ostruzione completa semplice dà un mucocele, in presenza di scarse materie fecali dà l'empiema, in presenza di molte materie fecali dà la cancrena e la perforazione; l'ostruzione all'inizio va diagnosticata dalla facies e dall'esame fisico dell'addome, senza tener conto della temperatura e del polso.

DORIA.

NEUROLOGIA.

La neurosi d'angoscia.

(LAVESON. *Medical Record*, dicembre 1920).

Il merito di avere distinto dalla neurastenia la sindrome della neurosi d'angoscia spetta a Freud.

I sintomi della neurosi d'angoscia sono i seguenti:

1° Irritazione ed irritabilità generale: l'irritabilità si manifesta sopra tutto con iperestesia alle impressioni visive, ai suoni, ai rumori, iperestesia che è la causa più frequente della insonnia, disturbo comune nelle neurosi d'angoscia.

2° Aspettazione ansiosa: questo stato è il sintomo fondamentale della neurosi. È uno stato di paura fluttuante, sempre pronto ad attaccarsi ad una qualsiasi idea che attraversa il campo della coscienza. Una signora, ad es., che sente tossire il marito lo crede senza altro affetto da polmonite e già vede il funerale; se vede due persone al portone di casa teme che uno dei suoi figliuoli sia caduto dalla finestra; se sente suonare il campanello pensa che qualcuno gli venga a portare delle brutte notizie.

3° L'inquietudine che è costantemente presente può attraversare la coscienza improvvisamente, senza accompagnarsi ad alcuna idea concreta. Tali attacchi ansiosi possono perciò consistere in sensazioni ansiose senza contenuto ideativo o con idee imprecise di sventure sovrastanti o di morte improvvisa ed in fine la sensazione d'ansia può essere accompagnata da disturbi di una o più funzioni del corpo, della respirazione, della circolazione, dell'innervazione vasomotoria, delle funzioni glandulari, ecc. Il paziente si lamenta di crampi al cuore, dispnea, sudorazione, ecc., e nella sua immaginazione la sensazione ansiosa diventa oscura e viene indicata come « una brutta sensazione » o senso di malessere indefinito.

4° Ci sono attacchi rudimentali di ansia ed equivalenti di cui Freud ha dato il seguente elenco:

a) disturbi dell'azione cardiaca, palpitazioni con aritmia, lunghi attacchi di tachicardia con grave debolezza del miocardio, la cui distinzione delle affezioni organiche non è sempre facile;

b) disturbi della respirazione: molte forme di dispnea nervosa, accessi asmatici;

c) accessi di sudorazione spesso notturni;

d) accessi di agitazione motoria e di tremori;

e) accessi di appetito vorace spesso accompagnati da vertigini;

f) diarrea in forma accessionale;

g) accessi di vertigine locomotoria;

h) accessi congestizi;

i) accessi di parestesie.

5° Il *pavor nocturnus* degli adulti, comunemente accompagnato da ansia, dispnea, sudorazione, ecc., non è altro che una varietà di attacco di angoscia.

6° La vertigine è uno dei sintomi più frequenti, quasi costante, della neurosi d'angoscia. È una vertigine che non provoca perdita completa dell'equilibrio. Può essere sostituita da un attacco di profonda debolezza. La vertigine dei luoghi alti, che si ha sulle montagne o sui burroni, quasi sempre accompagna la neurosi d'angoscia.

7° Sulla base di uno stato ansioso cronico da una parte, e della tendenza alle vertigini dall'altra, si sviluppano due gruppi di tipiche fobie, le une in rapporto a minaccie all'integrità personale, le altre in rapporto alla locomozione. Al primo gruppo appartengono la paura dei serpenti, delle tenebre, dei fulmini, dei vermi, degli insetti, gli eccessivi scrupoli morali, la mania del dubbio. All'altro gruppo appartengono l'agorofobia e le altre varietà analoghe.

8° La digestione è accompagnata da pochi ma caratteristici disturbi. Non è rara una tendenza alla nausea ed al vomito, alla diarrea. Talvolta la sensazione di fame provoca crisi di angoscia.

9° Le parestesie che accompagnano le vertigini o gli accessi ansiosi sono interessanti perchè equivalgono alle sensazioni dell'aura isterica.

10° Molti dei sintomi che accompagnano o sostituiscono le crisi, e più specialmente la diarrea, le vertigini e le parestesie, d'angoscia, assumono un decorso cronico.

Tutti i sintomi sopra indicati dipengono per la esistenza di disturbi del sistema endocrino-simpatico. Lo stato di irritabilità generale è analogo a quello che si riscontra nel morbo di Basedow o in seguito alla somministrazione di tiroide. Le crisi di palpitazione, la diarrea e tutti gli altri sintomi si riscontrano nel ipertiroidismo e nell'ipersurrenalismo.

La neurosi d'angoscia nell'uomo e nella donna può ripetere cause diverse.

Nelle vergini o nelle adolescenti la neurosi si manifesta in seguito ad impressioni sessuali: la vista di un accoppiamento, dei genitali maschili, di pitture oscene, la lettura di scritti erotici. In questi casi la neurosi di angoscia si combina con elementi isterici.

L'ansia delle giovani spose che sono rimaste insensibili durante i primi coiti spesso determina una neurosi d'angoscia, che scompare col ritorno della sensibilità sessuale.

Si può verificare nelle donne che rimangono insoddisfatte perchè i mariti soffrono di *ejaculatio praecox* e di impotenza, nelle donne il cui marito pratica il *coitus interruptus* o *reservatus*, nelle vedove o nelle astinenti volontarie, nel climaterio durante l'ultimo grande acme dell'appetito sessuale.

Nell'uomo la nevrosi d'angoscia in seguito ad astinenza volontaria, ad eccitamenti prolungati ed insoddisfatti, alla pratica del *coitus interruptus*, ed anche nella senescenza, perchè vi sono uomini che hanno un climaterio analogo a quello della donna.

La nevrosi d'angoscia inoltre si può verificare in individui di ambo i sessi come conseguenza dell' abitudine della masturbazione, dell'eccessivo strapazzo fisico e spirituale.

Freud ha dato una interpretazione della patogenesi della neurosi d' angoscia basandosi sul fatto che in molti casi essa è accompagnata da una notevole diminuzione dell'appetito sessuale. Sarebbe dovuta ad un'accumulazione di eccitamenti che non trovano sfogo. Tali eccitamenti sarebbero di natura sessuale. Gli eccitamenti sessuali somatici hanno una diversione psichica e l'anormale applicazione degli eccitamenti stessi provoca la neurosi. Tale meccanismo si rende più chiaro considerando il processo dell'atto sessuale normale. Questo può essere così schematizzato: dapprima si ha un accumulo di eccitazioni somatiche, che aumentano fino al punto da provocare un'eccitazione psichica, la libidine, ed infine la scarica di un riflesso spinale complicato, che contemporaneamente può anche spegnere la eccitazione psichica. Questa scarica psichica è possibile solo con un atto che Freud ha chiamato adeguato o specifico.

La etiologia della vera neurastenia e della neurosi d'angoscia troverebbe la sua spiegazione in questo modo d'intendere l'atto sessuale, che sostanzialmente è applicabile anche alla donna. La neurastenia si determinerebbe quando ad una scarica adeguata se ne sostituisce una inadeguata, ossia quando il coito normale è sostituito dalla masturbazione o dalle polluzioni spontanee; d'altra parte tutti i fattori che interdicono la utilizzazione psichica degli eccitamenti somatici condurrebbero alla neurosi d'angoscia.

L'astinenza volontaria, secondo questa teoria, costituisce il primo fattore etiologico della neurosi d'angoscia nell'uomo, in quanto che essa impedisce l'azione specifica che dovrebbe seguire alla libidine. L'eccitamento somatico così si accumula e si scarica in altri modi. Il coito con precauzioni (*coitus interruptus, reservatus*, ecc.) agisce dannosamente disturbando la preparazione psichica per la scarica sessuale con un compito estraneo al compimento dell'atto sessuale.

Nella donna le condizioni etiologiche su accennate si verificano su per giù nello stesso modo, con l'aggravante che il contrasto fra gli elementi psichici e somatici nel compimento dell'atto sessuale può aversi prima nella donna ed in questa è più difficile ad eliminare.

Freud adunque considera i sintomi della neurosi d'angoscia come i fatti sostitutivi della omessa azione specifica che dovrebbe seguire all'eccitamento sessuale. Al riguardo è stato rilevato come i sintomi somatici della neurosi d'angoscia, l'accelerazione del respiro, la palpitazione, la sudorazione, la congestione, ecc., sono del tutto simili ai fatti che accompagnano il coito.

In quei casi eccezionali nei quali l'affezione è prodotta da cause debilitanti, esaurienti, la etiologia sessuale pare manchi, tuttavia a bene indagare si trova anche in questi casi un elemento del genere: lo stato di esaurimento e di preoccupazione distoglie la mente dalla soddisfazione degli eccitamenti somatici.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione

Dott. FELICE ROSSI: *Le ferite del torace d'arma da fuoco in guerra.* — Bologna, Nicola Zanichelli. L. 12.50.

L'autore divide il lavoro in 14 capitoli. Comincia col trattare delle ferite in generale; a seconda delle diverse armi, espone la distinzione che può farsi attualmente, cioè: ferita d'arma bianca; ferite da proiettile incamiciato di fucile e mitragliatrice e da palletta da shrapnel e ferite da scheggie: di ciascuna di queste specie di ferite fa una breve descrizione. Tratta quindi delle ferite del torace, secondo le diverse armi, facendo rilevare come la gravità delle ferite del torace varia secondo i proiettili da cui furono causate. Nota che fin'oggi la generalità degli autori giudicava le ferite del torace come meno importanti delle ferite dell'addome, del cranio e delle stesse fratture del femore, ma rileva come oramai sia avvenuta una vivace reazione contro tale giudizio.

Riporta una statistica di 249 casi da lui osservati in cui fa una serie di considerazioni circa la mortalità, il rapporto con le ferite delle altre parti del corpo, la natura delle ferite, ecc. Poi passa a descrivere le lesioni dei visceri toracici a pareti toraciche integre; indi tratta delle ferite della parete toracica non penetranti, che divide in: *a*) ferite non penetranti semplici; *b*) ferite contornanti; *c*) ferite della parete toracica con frattura, senza risentimento degli organi sottostanti; *d*) ferite non penetranti, complicate con lesioni viscerali; ferite pseudo-perforanti.

Segue poi la descrizione delle ferite della pleura e del polmone considerate dal punto di vista delle conseguenze e dei sintomi immediati o precoci. Fa ascendere la mortalità per ferite perforanti al 65 % ed afferma che, quando la morte non è dovuta a lesione del cuore o dei grossi vasi, essa dipende dall'azione contemporanea della contusione, dello shock e dello pneumotorace. Si sofferma a descrivere dettagliatamente i vari sintomi: shock, dolore, collasso polmonare, emaptoe, emotorace, ecc., riportando anche qui, come in tutti gli altri capitoli, numerosi casi clinici illustrativi.

Fa seguire alcune considerazioni sulle conseguenze tardive e sugli esiti delle ferite pleuro-polmonari accennando ai disturbi funzionali in relazione con le alterazioni consecutive.

Dopo brevi accenni all'anatomia patologica delle ferite del polmone e della pleura, passa a trattare ampiamente della cura in generale delle ferite toraciche, ed in particolare di quelle del polmone rilevando come l'esperienza estesissima della recente guerra, abbia modificato profondamente tutte le convinzioni che in precedenza regolavano il trattamento chirurgico di questo genere di ferite.

Distingue le cure immediate (per emorragia, pneumotorace, ferite del polmone, *shock*); le cure successive (per l'enfisema, l'emotorace e l'empiema); e le cure tardive (per corpi estranei, per deformità e vizi residuali) riportando le opinioni ed i metodi di numerosi autori italiani e stranieri che dell'argomento si sono particolarmente interessati. Rileva che la maggior parte dei chirurgi riconosce l'utilità di una cura diretta delle ferite del polmone.

Quanto all'uso della respirazione sotto pressione durante questi atti operativi, usata specialmente dai tedeschi, in genere, non è creduto indispensabile.

Tratta in un capitolo del pericardio e del cuore e fa notare come in guerra tal genere di feriti muoiono quasi tutti, mentre in pratica civile è più facile intervenire. L'A. in questa guerra ha potuto raccogliere 16 ferite del pericardio, 82 del cuore e del pericardio, 10 casi di proiettili arrivati al cuore come emboli di cui la maggior parte scoperti a caso alla radioscopia. Accenna alla sintomatologia ed alla cura delle ferite cardio-pericardiche.

In successivi capitoli accenna brevemente alle ferite dei vasi, dell'esofago, del mediastino ed alle ferite toraciche, complicate (toraco-addominali, toraco-midollari e midollo-addominali) riportando per ciascuna varietà alcuni casi di sua conoscenza od osservazioni personali.

A. GIGLIO.

G. RAZZABONI: *Studio clinico e resoconto statistico-operativo di chirurgia di guerra* (pagine 480 in-8 gr. con figure). — Tolentino, Tip. F. Filelfo.

Il prof. Razzaboni, direttore della Clinica chirurgica di Camerino, fu ininterrottamente in servizio militare, sia nelle unità avanzate che negli ospedali da campo, territoriali e di riserva, dal principio della guerra al dicembre 1918. Il volume che egli ci presenta è frutto della sua grande attività operativa e della sua ponderata e sana esperienza personale. Non manca però una rapida rivista sintetica generale delle opinioni più accettate, in relazione al trattamento dei varî gruppi di lesioni. Ricca ed accurata è la bibliografia che accompagna ciascuno dei XXV capitoli, in cui è suddivisa l'opera, giacchè l'ultimo è riassuntivo soltanto.

Il numero complessivo degli interventi fu di 920 con una percentuale di mortalità del 7.47.

Degno di speciale attenzione è il capitolo VI, nel quale l'A. tratta della quistione dei limiti dell'intervento, nei processi infiammatorî, complicati a lesioni ossee, ponendo a fronte le due scuole capitanate da Alamartine, Delbet, Kirmisson, ecc., da una parte, Lériche e seguaci, dall'altra.

Lo stesso dicasi del IX capitolo, nel quale è svolto, con largo contributo clinico, il dibattuto argomento dell'intervento, nelle ferite articolari. Vi si leggono norme della massima praticità, suggerimenti utilissimi, specialmente di tecnica operativa.

La chirurgia dei vasi sanguigni, dei nervi periferici, del torace, dell'addome ha dei capitoli non meno interessanti dei precedenti, sui quali ci soffermeremmo volentieri se l'angustia dello spazio non ce lo vietasse.

Si potrebbe pensare che terminata la guerra ed i suoi orrori, il bel libro del Razzaboni abbia perduto d'interesse, ma non è così: studio dell'A. fu appunto quello di mettere in valore per la chirurgia clinica d'ogni giorno la ricca messe d'insegnamenti venutici dalla spaventevole esperienza. Possiamo affermare che egli vi è riuscito mirabilmente facendo opera vitale e duratura.

T. FERRETTI.

G. G. FORNI: *Ferite del capo e dell'addome* (98 osservazioni personali e 58 figure). 1 vol. in-8 gr. — Cappelli, Bologna, ed. — L. 8.

L'A. fu addetto alla *VI Ambulanza chirurgica d'Armata*, per oltre un anno: ebbe così modo di conoscere bene il funzionamento, i bisogni e le esigenze di simili unità sanitarie di prima linea.

Nel lavoro sono esposti, in modo chiaro e preciso, lo studio e le osservazioni cui dettero argomento i feriti curati durante tal periodo. Consta di due parti: nella prima figurano 60 feriti cranici e cranio-cerebrali; nella seconda 38 feriti cavitarî dell'addome. Quasi tutti gli interventi furono guidati e confortati da scrupolose ricerche radiologiche, eseguite da valorosi specialisti, diretti dal prof. Ghilarducci. L'esame necroscopico, nei casi infausti, ricerche anatomo-patologiche ed istologiche formano di questo volume un insieme armonico e completo, che si legge con piacere, tanto più che l'A. disponendo di favorevoli, eccellenti condizioni di lavoro, potè conseguire risultati molto soddisfacenti. La mortalità, infatti, pei suoi operati di ferite craniche, fu del 3.6 %, su 28 casi; per quelli di ferite cranio-cerebrali, del 43 %, su 32 casi. Nelle ferite addominali, tutte penetranti, la mortalità fu del 48 % circa, su 38 interventi.

T. F.

Prof. GIOVANNI FRANCESCHINI: *La ricostruzione delle membra mutilate*. — Casa Editrice Sonzogno, Milano, 1919. — Prezzo L. 3.

Sono trascorsi 23 anni da che Giuliano Vanghetti ha lanciato nel mondo scientifico le sue concezioni assolutamente originali intorno al problema della vitalizzazione delle membra artificiali. La grande importanza scientifica e sociale di questa scoperta è stata sancita ed ha ricevuto il plauso unanime della scienza internazionale soltanto in questi anni di guerra, malgrado che il modesto medico di Empoli, tacciato di visionario, tenacemente lottasse contro le resistenze e le obiezioni aprioristiche per far comprendere la portata delle sue idee.

Ma la mèta non è ancora raggiunta: perchè la grande scoperta non minacci di languire nel campo idealistico, occorre diffondere e valorizzare meglio le idee del Vanghetti; occorre l'organizzazione e la cooperazione di tutti, sopratutto di medici che abbiano attitudini meccaniche.

Tributiamo perciò un plauso speciale allo Autore di questo manualetto, che, con nobiltà d'intendimenti, con parola calda ed alata, s'è proposto di difendere e divulgare la scoperta di un Italiano e di riassumerne per sommi capi la tecnica. Elegante e nitida è la veste tipografica; numerose e dimostrative le illustrazioni; ricco l'indice bibliografico.

b. m.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano

Seduta del 21 gennaio 1921.

Presidenza: Prof. BALDO ROSSI.

Un nuovo sintomo nelle paralisi organiche: la contrazione a scatto del piede.

P. BOVERI. — Riferisce di un segno nuovo, osservato nelle leggere lesioni della zona motrice corticale in modo prevalente ed anche in altre forme di perturbamento del sistema piramidale. Per metterlo in evidenza è necessario ricorrere alla posizione a Z del paziente (pronazione dell'infermo sul letto di esame, coscie orizzontali, gambe flesse ad angolo retto, piedi ad angolo retto sulle gambe). Eccitando la pianta del piede, mentre nell'individuo normale si osserva una flessione di tutte le dita con riavvicinamento e retrazione, negli individui emiparetici si osserva una estensione del piede sulla gamba, che si compie in modo discontinuo, *saccadé*, a scatti, come se vi presiedesse l'ingranaggio di una molla, mentre contemporaneamente il piede viene portato all'interno in adduzione e rotazione. Il fenomeno di Babinski può coesistere col segno sopra descritto o può anche mancare.

La contrazione a scatto non si produce se non in posizione a Z; per la sua produzione è necessario che la motilità passiva del piede sia conservata e che la mobilità sia completa. Gli stati spastici piuttosto intensi, ne inceppano la produzione.

La contrazione a scatto del piede è stata osservata dall'O. specie nei feriti cerebrali leggeri (lesioni superficiali della corteccia in corrispondenza della zona motrice cerebrale). È stata però constatata anche in casi di emiplegia di varia origine, di tumore cerebrale, di paralisi cerebrale infantile, di commozione cerebrale.

Non si osserva nelle paralisi isteriche od in quelle consecutive a lesioni del neurone periferico.

Tuberculide migliariforme micropapulosa.

PASINI A. — L'O. descrive una eruzione migliariforme micropapulosa studiata specialmente in tre casi, che dal punto di vista clinico ed istologico considera fra le reazioni tubercolari o tuberculidi, se pur non direttamente fra le tubercolosi cutanee.

L'eruzione è caratterizzata da elementi migliariformi di micropapule distribuite al tronco, con rilievi emisferici, un poco appiattiti nella parte più sporgente, del diametro di circa mezzo mm. Il colorito è quello della pelle normale sulla quale bene si distinguono, a luce incidente, ed alla pressione diascopica. Non flogosi clinicamente rilevabile, non produzione di squame. Nessun sintomo subbiettivo. L'eruzione ha la durata di parecchi mesi, e scompare quindi gradatamente. Istologicamente la lesione è costituita da tipici tubercoli piccolissimi occupanti una o più rilevatezze del corpo papillare. Positive le prove alla tubercolina; negativi gli innesti nelle cavie. L'eruzione ha caratteri che permettono di avvicinarla al *lichen scrofulosorum*, del quale si può considerare una sotto-classe. Dalla obbiettività clinico-istologica le si conviene la denominazione di *tuberculide migliariforme micropapulosa.*

Coledocotomia retroduodenale e coledocotomia transduodenale.

MAIOCCHI A. — L'O. presenta due casi interessanti di coledocotomia. Nell'uno si eseguì la coledocotomia retroduodenale; durante l'intervento molto indaginoso si lacerò la vena porta, che venne poi suturata: la paziente morì in quarta giornata. Nel secondo si eseguì la coledocotomia per via transduodenale: aperta la seconda porzione del duodeno, si sbrigliò la papilla del Vater e si estrassero quattro grossi calcoli: la paziente guarì perfettamente. L'O. fa considerazioni sulla tecnica della coledocotomia, indicandone le difficoltà e le possibili complicanze.

Momenti eziologici e decorso dell'osteo-artrite deformante giovanile dell'anca.

BARGELLINI D. — L'O., in base all'osservazione personale di un numero notevole di casi di osteoartrite deformante giovanile dell'anca, di ventuno dei quali riferisce le manifestazioni cliniche e riporta le immagini radiografiche, giunge alla concezione eziologica molteplice di questa entità morbosa, alla varietà delle alterazioni negli stadii evolutivi ed alla unicità di essa allo stadio terminale, che si identifica con quello della osteo-artrite deformante senile.

C. VALLARDI.

Ospedale Civile - Venezia.

Seduta Accademica del 26 dicembre 1920.

Immobilizzazione e Kinesiterapia nel moderno trattamento delle fratture.

Prof. F. DELITALA, dirigente del reparto ortopedico e di chirurgia infantile. — Il trattamento moderno delle fratture non differisce dall'antico per novità di mezzi od originalità di vedute, ma perchè si è appreso ad usare in modo razionale i mezzi tecnici già posseduti, applicandoli a seconda dei casi e col controllo radiografico.

Divide il trattamento delle fratture in tre fasi: riduzione, contenzione, riparazione.

Per la riduzione espone le indicazioni della trazione continua, della riduzione in narcosi, della riduzione cruenta.

Per la contenzione espone quanto si riferisce alla trazione continua usata come mezzo contentivo, agli apparecchi ortopedici, agli apparecchi gessati. Mentre trazione continua od apparecchi gessati hanno particolari indicazioni a seconda del tipo clinico di frattura, ed hanno perciò un largo campo di applicazione, ritiene debba essere assai ristretto l'uso degli apparecchi ortopedici.

Insiste a lungo sul valore della chinesiterapia e dice quale sia l'azione fisiologica e terapeutica del massaggio, del calore, della mobilizzazione manuale e di quella che si ottiene mediante macchine, tipo Zander.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Forme, sintomi e cura delle nefriti postscarlattinose.

La maggior parte delle infiammazioni dei reni (Stransky, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1920, vol. 91) consecutivi a scarlattina, rivestono il tipo della glomerulonefrite acuta, diffusa: alcune il tipo di nefriti acute parcellari. Nelle prime: ematuria, albuminuria, edemi, ipertensione, insufficienza della funzione renale; nelle seconde: ematuria, albuminuria ma integrità della funzione renale senza edemi, senza ipertensione. Terza forma è la *pedonefrosi* di Heubner o glomerulonefrite parcellare cronica di Volhard.

Nelle prime l'azotemia esiste, ma è scarsa (a tal proposito l'A. ricorda che Nobécourt considera ristretta l'importanza dell'azotemia nelle nefriti acute per la produzione dei sintomi osservati e per la prognosi).

L'escrezione dei cloruri è parallela a quella dell'acqua perchè l'una e l'altra sono legate alla funzione glomerulare, mentre l'escrezione dei prodotti azotati ha luogo dai tubuli.

La tensione arteriosa varia: da 80 mm. Hg. (lattante di 16 mesi) e si giunge a 180 (ragazzo di 13 anni): in media, secondo l'A., è di 100-120 mm.

Terapeuticamente l'A. segue il Volhard e nel primo giorno non dà niente o solo un po' di acqua: il secondo, terzo, quarto giorno, caffè con molto zucchero fino a più di 100 gr. di zucchero al giorno.

Poi si aumenta la quantità di acqua e se questa è eliminata in modo conveniente si sottopone il malato ad una dieta povera in albumine e sali: carote, grassi, burro, fecole, biscotti secchi, ecc.

MONTELEONE.

La localizzazione del rene malato nella tubercolosi renale.

Il precisare quale sia il rene affetto da tubercolosi è di notevole importanza in vista dell'intervento chirurgico. Vi si arriva di solito, mediante la cistoscopia od il cateterismo; con quest'ultimo si può riscontrare una diversità fra i due reni nella densità dell'urina e nella costante.

Quando non si possa praticare nè l'uno nè l'altro esame Legueu (*Journ. des Praticiens* 1920, n. 43) consiglia di ricorrere ai sintomi obbiettivi ed al dolore provocato. Il dolore renale si provoca premendo sul punto costo-muscolare, cioè nello spazio in cui fra la massa sacro-lombare e la XII costa, il rene si trova sotto la cute.

Un altro punto doloroso importante è quello che trovasi all'estremità ... e si ricerca praticando la palpazione per via del retto.

Importante è la palpazione, fatta con un dito, nell'angolo costo-vertebrale: si può rilevare così un'ipertrofia del rene piuttosto dura e gibbosa.

Anche la radiografia può fornire nozioni importanti: le macchie opache alternantisi a zone chiare e la superficie renale irregolare e bitorzoluta attestano che si tratta realmente di rene tubercolare.

Quando nemmeno con questi sussidî si possa riuscire a localizzare il rene affetto, si ricorrerà all'intervento chirurgico esplorativo: quando si trovano integri i due reni, non si deve perciò escludere la tubercolosi, in modo assoluto.

Il rene sano non rivela perinefrite nè ineguaglianza alla superficie: in caso di nefro-tubercolosi si può avere aumento di volume dell'uretere.

Bisogna inoltre accertarsi che non vi sia rene unico.

r. s.

I pericoli nella puntura capillare della vescica.

La puntura capillare della vescica viene spesso consigliata per i casi in cui non riesce il cateterismo evacuatore; però essa è ben lungi dall'essere sempre innocua. Anzitutto, accade talvolta che essa non riesca, ciò che si verifica in individui grassi, a pareti spesse, in cui la paura di cacciare troppo profondamente l'ago, è stata la causa dell'insuccesso.

Si sono poi osservate, come conseguenze di questa manovra, alcune complicazioni, fra cui le più frequenti sono gli spandimenti di sangue o di urina nel tessuto cellulo-adiposo del cavo di Retzius.

Può accadere di traversare con l'ago, per quanto fino esso sia, un'arteria od una vena della rete vescicale, assai dilatata per la distensione della vescica. Oppure l'urina può infiltrarsi attorno al trequarti nello spazio prevescicale, ingrandito dalla deplezione progressiva della vescica. I malati con urina infetta sono esposti ai pericoli del flemmone prevescicale.

Questi fatti sono noti ai chirurghi che praticano la cistotomia soprapubica, in ammalati che avevano subito precedentemente la puntura vescicale e che trovano talvolta una notevole infiltrazione di urina, tal'altra un ematoma più o meno grosso, e quasi sempre una piccola quantità di urina nel cavo di Retzius.

La puntura vescicale con aspirazione non può quindi considerarsi come innocua; essa anzi può essere pericolosa e come tale va evi-

Del resto, come osservano Berne, Lagarde e Ramos (*Journ. d'urologie méd. et chirurg.* e *Journ. des Praticiens*, 1920, n. 51) nei prostatici si arriva quasi sempre, con un po' di pazienza, a praticare il cateterismo; nei restringimenti, anche gravi, con metodo e con dolcezza, si può pure introdurre una sonda filiforme che si applica a permanenza e che agisce rapidamente sulla stenosi, permettendo, nelle ore successive, l'evacuazione goccia a goccia. Nei casi in cui il cateterismo assolutamente non riesce, si ricorrerà alla cistotomia d'urgenza.

fil.

Il trattamento della tubercolosi epididimo-testicolare

La *cura medica* è di solito riservata ai casi disperati: spesso però dà buoni risultati anche in casi operabili. Essa consiste nella immobilizzazione (sospensorio con cotone), nel riposo a letto, con applicazione di unguento alla belladonna e mercurio nelle forme dolorose, e nella fisioterapia (termo-, radio-, elioterapia, iperemia alla Bier, correnti ad alta frequenza). Si istituirà il trattamento generale, consistente in riposo, specialmente genitale, vita all'aria libera, clima di mare, sovraalimentazione, bagni clorurato-sodici.

La cura medica dà buoni risultati, ma è assai lunga, e richiede degli anni.

La *cura chirurgica* comprende i metodi cruenti o non: appartengono ai secondi le cauterizzazioni ormai abbandonate, e le iniezioni modificatrici, sia perinodulari (cloruro di zinco a $^1/_{10}$) sia endonodulari (tintura di jodio, etere o glicerina allo jodoformio).

Il trattamento cruento (X. Delore e A. Chalier: *La tubercolose génitale*, O. Doin, éd., e *Journ. d. Praticiens*, 1920, n. 50) comprende le operazioni conservatrici e quelle radicali. Appartengono alla prima la semplice incisione ed il drenaggio, il raschiamento, l'epididimectomia con o senza deferentectomia, la vasovescicolectomia, eventualmente l'orchitomia esplorativa. L'operazione radicale va dalla semplice castrazione alla totale asportazione dell'apparecchio genitale dal testicolo alla prostata.

La cura medica — utile in tutte le forme — si applicherà nei casi con nodulo isolato all'epididimo, nei malati ricchi, quando vi sia tubercolosi polmonare in evoluzione e nelle forme complicate con bacillosi vescicolo-renale.

In complesso però la cura della tubercolosi epididimo-testicolare sarà essenzialmente chirurgica, con l'intervento precoce e conservativo: nei casi soliti potrà bastare l'epididimectomia con deferentectomia più o meno alta, bilaterale se le lesioni si trovano d'ambo i lati. La castrazione sarà riservata ai casi di assoluta necessità.

Le operazioni lunghe, difficili e gravi, come la vaso-vescicolectomia sono inutili o pericolose.

Nel bambino e nel vecchio, il trattamento chirurgico sarà ridotto al minimo; puntura di ascessi, raschiamento di ascessi fistolosi.

fil.

Terapia chirurgica nella tubercolosi del testicolo.

(CAMILLO FORAMITTI, *Wiener Kl. Wochenschrift*, 1921, n. 2).

L'asportazione unilaterale del testicolo affetto da tubercolosi è in genere inefficace: il testicolo rimasto in sito viene attaccato a sua volta poco tempo dopo dallo stesso processo morboso. L'autore consiglia il trapianto del testicolo ancora indenne in un punto dove sia meno esposto all'infezione e riferisce di aver eseguito più volte il trapianto del testicolo sano. Trapianto peduncolato eseguito col metodo usuale, sul margine laterale del muscolo retto all'altezza dell'ombelico extraperitoneale. Dopo 14 giorni il funicolo viene reciso; prima del trapianto l'A. pratica numerose incisioni nell'albuginea in modo che i lobuli del testicolo facendo ernia concrescano più facilmente colla parete addominale e assicurando la nutrizione rendano vitale il trapianto dopo la recisione del peduncolo. L'A. tace sul valore funzionale del testicolo così trapiantato.

BARZ.

SEMEIOTICA.

Il cavo ascellare "nuova zona di allarme".

Dai dati che il dottor P. M. Franco ha raccolto osservando i pazienti dell'Ambulatorio per le malattie cardio-polmonari della II Clinica Medica di Napoli, risulta (*Folia Medica*, 1920, n. 24) che speciale attenzione occorre volgere nella ricerca dei primi sintomi della tubercolosi polmonare all'apice del cavo ascellare, allorchè l'osservazione del polmone è rimasta muta in altre regioni dello stesso.

Per l'osservazione del cavo ascellare, il paziente rimane con il braccio sollevato ad angolo retto: l'avambraccio dello stesso lato resta ad angolo acuto sul braccio, il palmo della mano poggia sulla regione nucale: per l'ascoltazione lo stetoscopio si affonda nella regione stessa e la batte tutta.

M.

Sull'ottusità apicale in caso di gozzo.

(HERBERT ELIAS e RICHARD PICK. *Wiener, Klinische Wochenschrift*, 29 luglio 1920).

I dati utili per una diagnosi differenziale fra casi di gozzo e apicite, dedotti dal reperto di percussione, si possono schematizzare nella tabella seguente:

	Individui normali	Casi di gozzo	Casi di apicite
Percussione comparata	Suono chiaro	Suono più ottuso	Suono più ottuso
Campi di Krönig	Normali	Ristretti medialmente	Ristretti d'ambo le parti
Posizione degli apici secondo Jagic	Normale	Abbassata	Abbassata
Limite dell'area polmonare superiore secondo Jagic e Krönig	Netto	Netto	Velato (specialmente nei casi recenti)
Fenomeno di Korany	Il suono polmonare si rischiara quando l'individuo si piega all'innanzi	Il suono si fa più ottuso	Il suono non si rischiara, talvolta si ottunde
Fenomeno di Costa	Il suono si ottunde nelle inspirazioni profonde	Il suono si fa più ottuso	Il suono rimane inalterato spesso si rischiara

Secondo Jagic, segnando su una orizzontale che congiunge le fosse sopraclavicolari, attraversando lo spazio posto fra le apofisi spinose della I e II vertebra dorsale, a 3 dita trasverse dalla colonna vertebrale, 2 punti simmetrici, e congiungendoli con 2 linee convergenti di eguale pendenza con un punto che corrisponde alla linea di attacco dei capelli, — si ottiene un triangolo, lungo i cui lati, all'altezza della VII cervicale, il passaggio dal suono chiaro polmonare al suono ottuso *è perfettamente netto* negli individui normali, invece *è velato* negli individui affetti da apicite. Negli individui normali gli apici raggiungono a questa altezza due punti perfettamente eguali.

BARZ.

IGIENE.

L'importanza della mosca domestica come veicolo dell'Entamoeba histolitica e di altri parassiti intestinali.

P. A. BUXTON. *British Medical Journal*, 31 gennaio 1920).

Buxton riferisce i risultati delle sue investigazioni, intraprese in una piccola zona dell'Amara, sul basso Tigri, tra il 1° febbraio e il 3 novembre 1918, nell'intento di determinare l'importanza che la mosca domestica assume nella produzione della diarrea, dissenteria, ecc.

Premette che la mosca può trasportare un numero considerevole di microrganismi patogeni: su 1027 mosche disseccate, il 63 % conteneva feci apparenti nell'intestino, che in generale era infarcito di bacteri o di porzioni di muscoli in parte digeriti (feci di cavallo o di pecora).

Altre volte furono trovate negli intestini le cellule caratteristiche a pareti spesse, come si osservano negli indiani dopo un pasto di legumi, oppure gruppi di fermenti, che assumevano colla jodina una colorazione blu: reperto normale nelle deiezioni in questi paesi.

Il numero di parassiti intestinali umani contenuti era del 4.09 %, rappresentati da uova di vermi o cisti di protozoi. Il fatto, che l'autore non ebbe mai a trovare cisti o uova di alcun parassita del cane, del bue o del cavallo, lo spinge a concludere che il 63 % delle mosche contiene feci umane. Solo nel 0.3 % ha notata la cisti dell'E. Histolitica.

L'autore ha rilevato nelle mosche una notevole differenza, rispetto al sesso: in quanto che la percentuale maschile 33 % era la metà di quella femminile 65 % e conteneva solo una frazione delle feci riscontrate in queste ultime.

Questi risultati furono ottenuti in mosche prese nello stesso tempo e nello stesso luogo. Le condizioni igieniche esercitavano notevole influenza: dal 39 % di mosche nelle latrine inglesi senza inceneratore, il numero saliva al 71 % in quelle con inceneratore, al 61 % nelle mense e cucine inglesi, per raggiungere il 76 % nelle latrine indiane con inceneratori e l'80 % nelle abitazioni arabe. In quelle trovate nelle mense, 5 su 198 contenevano cisti di protozoi intestinali umani, soltanto una la cisti dell'E. Histolitica.

Gli Entozoi erano di dieci specie: due cestodi e quattro nematodi, tre protozoi e un organismo conosciuti come blastocisti.

L'avere trovato soltanto nel 3 ‰ la cisti dell'E. Histolitica dà agio di rilevare come que-

ste mosche non esercitino grande importanza nella propagazione dell'infezione dissenterica.

La presenza di altre cisti e di ammassi di detriti ne ostacolano sicuramente la dimostrazione: per avvicinarsi al vero, per tali ragioni il numero contenente la cisti dell'E. Histolitica deve essere elevato al 5 ‰.

Sono stati riscontrati i seguenti parassiti intestinali: Uova di *Hymenolepis nana*, *Taenia saginata*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis*, *Trichuris trichiura* e cisti di *Entamoeba coli*, *E. hystolitica* e *Giardia intestinalis*.

L'autore è spinto a concludere:

I. Che soltanto un'osservazione prolungata dà modo di rilevare nelle mosche la presenza delle uova di qualunque verme intestinale umano o la cisti di qualunque protozoo.

II. Che in una zona, in buone condizioni sanitarie, nella bassa Mesopotamia sul 60 % di mosche il 4 % contiene entozoi umani e il 5 ‰ la cisti dell'E. Histolitica.

II. Che è giustificato il considerare in questa regione la mosca come fattore non solo potenziale, ma anche attuale, nella genesi di disturbi intestinali, purtroppo così numerosi.

MOTTA.

Il n. 3 (marzo) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

ANGELO SANGUINETTI: **Il meccanismo produttore della leucocitosi adrenalinica.**

P' F. ZUCCOLA: **Su due casi di leucemia acuta.**

MARIA CODA: **Anemia perniciosa e malaria.**

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4.30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

Il fascicolo 2° (15 febbraio 1921) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, contiene i seguenti lavori:

ENRICO BUSSA LAY: **Isteropessi addominale e gravidanza.** Contributo clinico.

CARLO CHIAUDANO: **Su l'azione curativa elle iniezioni di latte in alcune affezioni chirurgiche**

G. B. MACAGGI: **Sui rapporti dell'ernia inguinale diretta coi vasi epigastrici profondi.**

AL. PENNISI: **Trapianti adiposi.**

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4.30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'etiologia del mughetto.

(*The Journal of tropical medecine*, 15 gennaio 1921-15 maggio 1920).

Castellani, riferisce una serie di ricerche eseguite nelle regioni tropicali e nelle zone temperate sull'etiologia del mughetto. Egli dimostra che l'etiologia del mughetto è lontana dall'essere così semplice come prima si riteneva; oggi, col termine clinico «mughetto» si intende non una sola affezione, ma un gruppo di condizioni cliniche simili tra di loro e dovute a funghi differenti.

Infatti il «mughetto» non è determinato soltanto da *Oidium albicans* (Robin 1853), ma da un numero di differenti funghi, alcuni dei quali sono botanicamente molto lontani l'uno dall'altro ed appartengono a differenti specie, generi, famiglia; noi sappiamo oggi che, sotto la denominazione di *Oidium albicans o Monilia albicans*, sono stati descritti dai diversi autori funghi differenti.

I funghi patogeni che possono determinare il «mughetto» appartengono al genere «Monilia», «Oidium», «Hemispora», «Willia», «Endomices», «Saccaromices», i quali tutti hanno caratteristiche morfologiche e biologiche definite.

Particolarmente interessante è lo studio culturale dei funghi patogeni; la proprietà di essi di fermentare taluni zuccheri con produzione o no di gas è stata attentamente studiata dal Castellani; essa costituisce una netta caratteristica in base alla quale si giunge ad una esatta classificazione di uno qualsiasi di essi funghi in esame.

Clinicamente noi possiamo distinguere due principali tipi di mughetto: uno bianco o bianco-grigio e l'altro giallo o giallo-bruno.

Il primo è causato da forme del genere «*Monilià*» (eccetto «*Monilia zeylanica*» Cast., «*Monilia zeylanoides*» Cast.) del genere «*Oidium*» («*Oidium*» *natalense*) da «*Endomices vuille-umini*» e ancora da funghi del genere *Saccaromices* e del genere «*Willia*»; il secondo tipo è causato da «*Monilia zeylanica*» Cast. e da «*Monilia zeylanoides*» Cast., da «*Oidium rotundatum*» Cast. e da «*Hemispora rugosa*» Cast.

c. b.

Doveri morali degli abbonati:

diffondere «Il Policlinico» tra i colleghi, facendolo conoscere ed apprezzare e procurandogli nuovi associati;

provvedere al pagamento della quota dovuta all'Amministrazione, senza farsi sollecitare.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1288) *L'anestesia locale in età giovanile.* — Al dott. L. F. da Serio:

Al disotto di 6 anni l'anestesia locale non è da consigliarsi. Sopra dei 6 anni potrà adoperarsi o meno, in rapporto all'entità dell'atto operativo, alla durata di questo e alla maggiore o minore impressionabilità del paziente.

In rapporto alla posologia non si useranno soluzioni concentrate; ma il titolo della soluzione deve essere tale che possa pienamente raggiungere l'effetto anestesico. Della soluzione se ne inietterà meno che nell'adulto anche perchè la superficie da anestetizzare è molto minore per la proporzione della grandezza del corpo di un bambino a quella di un adulto.

Un'ottima soluzione per anestesia regionale che può usarsi prevalentemente nei ragazzi perchè è la meno tossica, è la seguente:

Siero fisiologico . . . . . gr. 100
Novocaina . . . . . centigr. 50
Adrenalina 1/1000 . . . goccie 25

Per ottenere il massimo effetto anestesico è necessario che la soluzione sia fatta *immediatamente prima dell'atto operativo.*

P. F.

(1289) *Mistura antimalarica Baccelli.* — Al dott. G. P. da S. ed altri:

Solfato di chinino . . . . . . gr. 4
Tartrato ferrico potassico . . gr. 10
Acido arsenico puro . . . . . cgr. sei
Acqua distillata . . . . gr. 300

Questa mistura lascia un deposito discretamente abbondante, ***bisogna agitarla prima di prenderla,*** tenendo presente che la mistura va data a dosi di 3-6 cucchiai al giorno, secondo la tolleranza individuale e l'attuale intensità della malaria.

La formula per la mistura limpida è la seguente:

Idroclorato di chinina . . . . gr. 20
Percloruro di ferro secco, puro . . . gr. 7,50
Cloruro d'ammonio puro . . . . . . gr. 7,50
Liq. arsenicale del Fowler 20
Soluz. alcoolica di essenza d'anici (1 %) gr. 2
Acqua distillata q. b. per un litro.

Sciogliere il percloruro di ferro ed il cloruro d'ammonio in 450 g. di acqua e filtrare la soluzione, se occorre.

Sciogliere separatamente l'idroclorato di chinina in g. 300 di acqua calda, versare agitando la soluzione di idroclorato di chinina in quella ferrico-ammoniacale: aggiungere il liquore del Fowler e poi la soluzione alcoolica di essenza; portare con acqua ad un litro. (Dal Trattato «La Malaria» di V. Ascoli).

fil.

(1290) *Trattati di omeopatia.* — All'abbonato 8346:

BONINO GIUSEPPE. — *Uso famigliare dei rimedii omeopatici.* — Unione Tip. Edit., Torino.

CARTIER F. — *Précis de Thérapeutique homœopathique des voïes digestives.* — J. Baillière, Paris. PROST-LACUZON J. — *Formulaire homœpathique usuel.* Ibidem. WHEELER C. E. — *An introduction to the principles and practice of homœopathy.* — The british homœopathie association, 43 Russel Square, Londra.

l. b.

(1291) Al dott. F. B. da Roma:

I migliori manuali di urologia attuali sono:

1° La *Terapia urinaria,* di ACHARD, MARION e PAISSEAU (Biblioteca di Terapia di Gilbert e Carnot, traduz. italiana, edita da Vallardi);

2° Il *Compendio d'Urologia* (*Précis d'Urologie*), di LEGUEU, che è recentissimo, ma non tradotto;

3° Ottima per la praticità è anche la *Guida Pratica d'Urologia* del PILLET. Neppure di questa, però, esiste una traduzione italiana.

PIRONDINI.

(1292) Al dott. G. Buccolini, Città della Pieve:

Sono chiuse ormai le iscrizioni per il corso annuale di Stomatoiatria presso l'Istituto Stomatologico Italiano, Bastioni di Porta Romana, 15, Milano. Può informarsi dal prof. Amedeo Perna, Via Sistina, 20, Roma, circa un corso di Odontoiatria e protesi dentaria di recente da lui istituito a Napoli.

PIPERNO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DIBATTITI PROFESSIONALI.

Sull'assicurazione malattie.

Riceviamo:

Egregio Collega Verney,

Amo la critica al pari della verità, ritenendo essere quella l'unica via per raggiungere questa. Solo gli idioti ed i pazzi non trovano critiche, ed io non desidero essere confuso tra essi. Quando poi la critica è fatta nella forma cortese e serena usata da voi c'è da rallegrarsene addirittura, sempre in omaggio a quel vero che è il pane spirituale degli intellettuali. Permettete dunque che risponda alle vostre critiche, chiarendo, illustrando, spiegando i singoli punti su cui avete fermato la vostra attenzione nel *Policlinico* n. 50 (1920) e n. 7 (1921).

1° Apostolo da decenni dell'assicurazione malattie, combatto da due anni il progetto elaborato dalla Commissione Ministeriale nella parte che riguarda l'assistenza medica domiciliare. *È fuori questione dunque ciò che si riferisce all'assistenza economica ed a quella ospitaliera o meglio istituzionale.*

Nell'esame critico delle proposte riguardanti l'assistenza medica domiciliare ho cominciato col fare le stesse identiche vostre riflessioni, essendo anche io convinto che il pagamento dei medici a visite senza limitazioni, se potrebbe definirsi idealmente ottimo, praticamente sia irrealizzabile, portando a vuotare le casse ed a far fallire l'istituto assicuratore per l'onere insopportabile. Per quanto disinteressato, il medico non può non preoccuparsi delle proprie condizioni economiche, specialmente quando non esiste pericolo di patir danni dal suo eccesso di zelo. La facilità somma con cui in ogni parte del mondo qualsiasi persona nelle varie contingenze della vita (tribunali, licenze, sussidi, ecc.) pensa al certificato medico liberatore, significa che il medico è un... uomo. Ed io stesso ho assistito alla istituzione di una mutua tra i cantonieri in provincia di Bologna, sorta con tutte le garanzie date da decennali statistiche di malattie di questo personale, e fallita dopo un solo anno di esperimento, essendo risultate più che triplicate le visite mediche, pur non avendosi alcuna epidemia. Mentre gli antichi avvicinavano i medici agli dei, i moderni — tecnici e proletariato — sanno che i medici sono uomini, e perciò sono tutti concordemente contrari al pagamento a notula, nell'interesse della stessa istituzione.

Riconosciuto il pagamento a notula una chimera irrealizzabile, salta innanzi l'appalto collettivo con cifra fissa e conseguente quota-parte proporzionalmente ridotta, ossia la Pauschale. Ma anche questa — siamo d'accordo — devesi subito eliminare per il fatto che la quota delle visite si assottiglierebbe sempre più sino a divenire irrisoria.

La terza forma di pagamento — appalto privato a stipendio fisso — è riconosciuto da tutti spegnere nel medico ogni spirito di studio e di zelo, ingenerando torpore professionale. Anche questa dunque da eliminare.

Infine — voi esclamate — c'è la retribuzione per capitazione o abbonamento; e subito l'adottate, sia per eliminazione di tutte le precedenti forme, sia per pregi intrinseci. Ebbene io, pure riconoscendo i pregi di questa quarta forma di pagamento, contesto il vostro *infine*. Perchè avete dimenticato addirittura il sistema oggi vigente, in cui il cliente paga esso, e non altri per lui, le singole prestazioni domiciliari del medico? Perchè nel regime assicurativo occorre proprio che il medico curante sia impiegato delle Casse? Perchè non si dovrebbe preferire che medico curante e medico fiscale siano due istituzioni diverse e che i soli medici fiscali siano impiegati di quelle? Quale vantaggio nella cura delle infermità avrebbe il medico delle Casse sopra il medico comunale e il medico libero?

Voi, lasciando indietro le tre prime tappe, vi fermate alla quarta; io lascio anche questa e mi fermo alla quinta, che mi riconduce al punto di partenza. E punto di partenza significa vita vissuta, esperimento compiuto, non tanto brutto da meritarsi la ricerca del nuovo ad ogni costo, *coûte que coûte*. E sapete cosa signilca la vostra quarta tappa?

Niente altro che condotta piena, essendo questa caratterizzata precisamente dal medico dato *gratis* ai clienti e dal pagamento a stipendio (sebbene io riconosca che lo stipendio a capitazione sia più pregevole dello stipendio ad appalto). E voi, per quanto intelligente e colto, non arriverete mai a conoscere di quante umiliazioni sia cosparso e di quanto sangue grondi il pane del medico a condotta piena. Lasciate che parlino soltanto i colleghi che l'hanno sofferta.

2° Da quanto sopra risulta anche un altro punto della mia opposizione al progetto della Commissione. Sono con voi contro il fiduciariato, voglio con voi la separazione dei medici curanti dai medici fiscali. Restino i medici curanti quelli di oggi, diventino impiegati delle Casse i medici fiscali.

Cosicchè nel mio concetto sarebbe spettanza delle Casse l'assistenza economica, quella ospitaliera e le funzioni ispettive e fiscali, conservandosi il medico curante indipendente dall'Istituto e di scelta e a pagamento delle famiglie.

E, per carità, non mi fate dire una cosa per l'altra quando ho scritto *eventuale* ospitalizzazione. Ho sempre voluto che l'assistenza ospitaliera debba essere assunta dalle Casse *regolarmente*, ed ho anzi propugnata la facoltà alle Casse di imporre coercitivamente le cure ospitaliere. La parola *eventuale* da me usata va riferita al giudizio del medico curante e non al giudizio dell'Istituto. Tra le varie visite domiciliari fatte dal medico c'è l'*evento* di un infermo bisognevole di cura ospitaliera e, riconosciuto tale *evento*, l'assistenza ospitaliera dovrebbe essere a completo carico delle Casse.

3° Voi mi rimproverate di mantenere la vieta leggenda essere la condotta medica un istituto esclusivamente italiano. E dichiaro di aver seguito

con curiosità e interesse la vostra controdimostrazione, ma di essere arrivato alla fine pienamente disilluso. Avete infatti dimostrato soltanto questo, che negli altri Stati esistono i *medici dei poveri*. Ma, ottimo collega Verney, medici condotti e medici dei poveri sono due cose diverse, come è chiaramente espresso nell'art. 24, Leg. San.

« La 1ª parte dell'articolo, prevedendo il caso che nel Comune non esistano professionisti liberamente esercenti e prescrivendo che uno almeno ne debba stipendiare il Comune coll'obbligo della residenza nel suo territorio, provvede all'assistenza sanitaria così dei poveri come dei ricchi, gratuita per i primi. Nella 2ª parte, in cui prevede la presenza nel Comune di professionisti liberamente esercenti, non provvede che all'assistenza dei poveri, e lo dichiara espressamente ». (Cons. Stato, Sez. Int., 19 luglio 1899, M. A., pag. 253).

Nel 1° caso si ha il medico condotto, e la legge usa precisamente questa espressione; nel 2° caso si ha il medico dei poveri, e la legge è parimenti precisa.

Dunque l'istituzione della condotta medica, ossia del medico per tutti, è in realtà un vanto d'Italia che ci fu invidiato dalle altre Nazioni, le quali hanno dovuto provvedere direttamente all'assistenza medica domiciliare degli assicurati come succedaneo della nostra condotta, non essendo sinonimi poveri e assicurati; tanto vero che voi stesso assicurate che l'elenco dei poveri in Francia raggiunge appena il 3,8 % della popolazione, mentre l'elenco degli assicurati e famiglie pare superi in Italia il 75 %.

4° Ed eccoci alla libera scelta. Mirando alla visione realistica delle cose e non a quella idealistica, io fo distinzione tra località con più medici e località con un medico solo. Nel primo caso occorre davvero per la libera scelta la dipendenza dei medici dalle Casse di assicurazioni? e perchè non si potrebbe effettuarla anche nel regime attuale? L'art. 24 leg. san. non lo impedisce, pretendendo soltanto la retribuzione a stipendio e non a visite. E nulla vieta che anche nel regime attuale si possa stipendiare i medici per capitazione con libera scelta e con tutte quelle modalità che avete suggerite a pag. 247 del *Policlinico*. P. es., una città di 300 mila abitanti con 60 mila poveri, ripartiti tra 25 medici condotti con la spesa di L. 180 mila, perchè non potrebbe concedere la libera scelta dando uno stipendio a capitazione di L. 1200 per ogni 400 poveri?

La libera scelta dunque non è affatto in antitesi col regime odierno, e chi vuole quella non deve di necessità essere contro questo.

Quanto alle località ove esiste il solo medico condotto, la libera scelta nel senso preciso della parola non potrà mai essere attuata, non essendo realizzabile la proposta del chilometraggio pei medici scelti a lontananza. Sta però il fatto che il medico condotto, se non è eletto direttamente dalle famiglie, è nominato dai diretti rappresentanti di queste, e sta il fatto che nel biennio di prova pesa in gran parte il giudizio diretto della popolazione. Che se a questo doppio ordine di garanzie di scelta si aggiunga che in regime assicurativo sarebbero frequenti i controlli da parte dei medici delle assicurazioni a confermare, completare, correggere le diagnosi, senza creare dualismi terapeutici, non sembra anche a voi, gli apostoli della libera scelta potrebbero rimanere più che soddisfatti?

5° E nemmeno l'argomento della carriera dei medici vale a difendere il passaggio dell'assistenza medica domiciliare alle Casse. Sino dal 1912 presentai al Congresso Nazionale M. C. — il quale approvò entusiasticamente — il progetto di provincializzazione delle condotte, progetto che formulai con i dettagli anche due anni fa. Dunque anche nel regime attuale, ed anzi meglio che nell'avocazione alle Casse, sono possibili la provincializzazione del servizio e la carriera dei medici.

E non è esatto che mantenendo il regime attuale colle assicurazioni « i poveri continuerebbero a fruire dell'assistenza sanitaria condottata, ma gli altri rimarrebbero allo scoperto », perchè l'inconveniente era possibile all'estero dove esistevano i medici dei poveri e dove perciò dovettero creare i medici fiduciari delle Casse, ma non può avvenire in Italia dove esistono i medici condotti.

6° Infine devo qualche spiegazione sulla pretesa astrazione dei contributi privati che io avrei fatto per amore di polemica. Ho sott'occhi il *Medico Italiano* del settembre 1919, ove ho scritto l'articolo incriminato, ed ecco quanto è stampato:

« Il Martinelli domanda all'operaio L. 14 per il sussidio e L. 15 per l'assistenza, chiede inoltre L. 15 all'industriale e un contributo di L. 270 milioni allo Stato ed Enti locali. Tutto sommato, calcolando gli assicurandi in 12 milioni, si avrebbero L. 66.50 annue per ognuno, che sarebbero così ripartite: L. 26 per i sussidi di malattie, L. 20 per l'assistenza ospitaliera e farmaceutica, L. 20 annue per l'assistenza medica domiciliare d'ogni famiglia degli assicurati ».

Dove si legge chiaramente che i miei calcoli non furono basati soltanto sui 270 milioni degli Enti pubblici, ma anche sui contributi degli operai e degli industriali. Un po' più di cautela e di avvedutezza, non a me, ma a voi, mio buon contradittore.

Voi mi rimproverate inoltre avervi fatto cadere in una svista per avere io stabilito un confronto tra i 270 milioni che il Martinelli chiede allo Stato ed agli Enti locali e i 100 milioni che voi chiedete al solo Stato, là ove ho scritto: « Che se i 270 milioni diventassero soltanto 100, come domanda il collega Verney, allora i medici tutti potrebbero andare a nozze coi fichi secchi: le L. 20 annue per famiglia si ridurrebbero a L. 6 ».

Non ho presente la fonte da cui ho preso la notizia dei vostri 100 milioni, e non ricordo se voi domandate un altro contributo agli Enti locali, perchè nel caso negativo il confronto sarebbe stato esattissimo, essendo i dati omogenei. Nel caso positivo invece avrò errato io, ma voi più di me, perchè di una proposta vostra avete ricordato quel tanto che erroneamente ho ricordato io.

7° « Non creiamoci delle illusioni in pieno contrasto con la realtà; non proponiamoci per metà un'utopia, solo perchè piacerebbe di vederla realizzata ». Saggie parole vostre, a cui batto entusiasti-

camente le mani. Per nostra disgrazia non da tutti sono state tenute presenti: e la illusione utopistica di poter realizzare il compenso dei medici in base alla nota delle visite da parte dell'Istituto delle assicurazioni ha fatto sì che con una leggerezza deplorevole sia stata accettata la gratuità dell'assistenza medica domiciliare a tutti i lavoratori e famiglie, ossia a circa 30 milioni d'italiani.

Omai *alea iacta est,* e credo anche io che non ci si potrà ritrarre dai mali passi compiuti.

Se l'assicurazione contro le malattie non sarà procrastinata per le gravi difficoltà tecniche, per l'accertamento sicuro dell'onere finanziario, per una previa sana preparazione morale delle masse (come propone l'amico Pisenti); se non sarà più possibile conservare l'odierna forma di assistenza medica domiciliare colla retribuzione delle visite a carico dei clienti; se per forza dovremmo cambiare in peggio ritornando alla condotta piena (gratuità dell'assistenza medica domiciliare); ebbene, allora sarò con voi, per il *forfait* capitario, corretto però opportunamente con l'orario limitato di lavoro, fuori del quale orario le nostre prestazioni domiciliari dovranno essere volta per volta compensate dai clienti.

E. CINGOLANI.

***

Il dott. Cingolani si muove sul terreno solido dei fatti. Egli porta ragioni chiare e precise e le espone con serietà e sincerità d'intendimenti e, quel che non è meno da ammirare, senza spirito partigiano, il che rende agevole e grata la discussione.

Sussistono due sole differenze sostanziali tra i nostri punti di vista; m'induco ad insistervi perchè il dissenso deriva da una diversa concezione di tutto il problema che c'interessa.

***

Non avevo mancato di prendere in considerazione il pagamento diretto del medico da parte degli assicurati, quale è patrocinato dal Cingolani.

La mia opposizione a questa modalità di compenso venne ed è determinata e diretta prevalentemente da una finalità profilattica. In quanto che, se il paziente deve pagare il medico del proprio, per un malinteso spirito di economia egli indugia a consultarlo, fino a che non ne ha estremo bisogno; egli si decide quasi sempre solo quando il male si è insediato, si è aggravato, è divenuto più difficilmente curabile. Se invece egli riceve le visite gratis, almeno in apparenza, e purchè non siano a titolo di umiliante elemosina, egli si vale del medico senza riserve e tempestivamente, ritrandone il massimo vantaggio, senza per questo aggravarne il lavoro, ma solo spostandone il campo.

La medicina contemporanea tende verso una meta ben definita: sorprendere le forme iniziali, per arrestarle o abbreviarne la durata e per prevenirne gli aggravamenti, le complicazioni e le sequele (nelle forme trasmissibili anche il contagio). La cura diventa così una parte della profilassi: la «cura profilattica» nel senso di Mackenzie, fondata su di una diagnosi precoce ed esatta e su interventi curativi anticipati e appropriati, è piena di realizzazioni e di promesse. Può arrecare vantaggi notevolissimi non solo ai singoli individui, di cui riduce le sofferenze, ma anche alla società: difatti se il paziente viene restituito più rapidamente alla salute, riprende più prontamente e integralmente la sua capacità lavorativa e di produzione: si alleggerisce così l'onere che grava sull'intero bilancio sociale (per l'assistenza richiesta e per la mancata produzione).

Importerebbe moltissimo, dunque, di snidare le malattie nelle primissime fasi. Non intendiamo riferirci soltanto alle malattie infettive, ma a tutte le malattie, senza distinzioni (si ritiene a torto da molti che la diagnosi precoce sia quasi esclusivamente utile nelle prime soltanto). Ci si lasci, quanto meno, l'illusione che l'intervento sollecito del medico giovi effettivamente ad arrestare un grande numero di forme morbose!

Ma per cogliere il principio delle malattie ed istituire un trattamento profilattico il quale valga ad impedirne o intralciarne lo sviluppo, è indispensabile di moltiplicare le visite, di eseguirle ad ogni indizio di deviazione morbosa apprezzabile: tutte le forme di malesseri dovrebbero richiamare la vigile attenzione del medico — dal dolore di testa alla poliuria, dalla cattiva digestione alla stanchezza cronica — e suggerire l'applicazione di adatti e completi sussidi diagnostici (valendosi anche, ove occorra, di laboratori, di ospedali, ecc.). Questo *desideratum* non potrà essere conseguito se non facilitando al massimo grado le visite; all'uopo è necessario, evidentemente, di sgravare gli assistiti dall'obbligo di corrispondere il compenso dovuto al medico.

Il medico, dunque, non dovrebbe essere compensato direttamente dagli assistiti: crediamo con ciò di aver lumeggiata la nostra tesi, in contrasto con quella del Cingolani.

Il medico andrebbe compensato in misura generosa dell'attività professionale spesa nel senso indicato; ma sarebbe giusto che lo fosse più per le visite che riesce a risparmiare, anzichè per quelle effettivamente eseguite. Vedremo ora, trattando del secondo punto di divergenza col Cingolani, che non si tratta di una tesi paradossale.

***

È pure per ragioni profilattiche che avevo preconizzato e sostenuto con impegno il pagamento a capitazione con libera scelta. Difatti questa forma di compenso determina nel medico un interesse immediato, evidente, a fare star bene le persone che gli si affidano, a prevenirne le malattie o ad abbreviarne la durata, non solo per un dovere professionale ma anche per ridurre il proprio lavoro e, al tempo stesso, per acquistare più largo credito. L'interesse del medico viene così a coincidere e aderire con quello della collettività. Per il medico e per gli assistiti l'ideale sarebbe che egli restasse quasi senza malati veri da curare, che riducesse al minimo la sua attività professionale...

Affinchè la benefica attività preventiva da lui spiegata non vada a suo detrimento, non si presenta altra soluzione pratica se non il sistema capitario, col quale il medico viene retribuito anche se i suoi abbonati stanno bene, integrandolo con la libera scelta, che mette in gioco la potente molla della concorrenza.

Accettare questa forma di retribuzione mi sembra di un'importanza essenziale per il benessere sociale e per la futura posizione dei medici. Il lavoro va retribuito secondo il valore e non secondo la quantità: ebbene, non si può contestare che spetta un valore massimo — fin'oggi quasi disconosciuto — all'attività del medico diretta a preservare la salute.

Il medico dovrebbe esser lieto di adottare una modalità di compenso che gli offre la possibilità di essere pagato più per conservare che per ridare la salute. Il suo compito diverrebbe più elevato, più importante, più simpatico. Si eliminerebbe la tristezza e l'umiliazione, se non l'immoralità, di dover vivere sulle sofferenze altrui, ritraendone un vantaggio proporzionale alla loro gravità ed al loro numero e quindi al numero e all'importanza delle visite che comportano.

Non si tratta di un'utopia, nè di una possibilità incerta che si prospetti solo in un lontano domani, dal momento che il sistema viene già applicato su larghissima scala in alcuni Paesi e che anche tra noi se ne hanno alcuni riusciti tentativi. Certo, la pratica è rimasta lontana dall'ideale prefissoci; l'aspettazione di una valida ed efficace profilassi non si può dire ancora realizzata se non in minima parte; ma siamo sulla buona via.

Tutta l'evoluzione della medicina tende ormai alla profilassi: a mantenere cioè ed a rafforzare lo stato di salute e ad arrestare le malattie prima che arrechino danni gravi od irreparabili; la profilassi domina sempre più il pensiero medico. Nei suoi sforzi per debellare e sradicare le malattie, la scienza medica offrirà al medico del prossimo futuro i mezzi piuttosto per prevenire che per curare. Il criterio del potere e del valore del medico non starà tanto nel numero di guarigioni ottenute, quanto nella sua opera di previdenza, rivolta a tener lontane le malattie, a impedire che evolvano, a sviarne le complicazioni e le conseguenze. Il medico non dovrà invadere l'opera dell'igienista, ma fiancheggiarla.

Mi sia permesso d'insistere su questo tema, di ripeterlo e di ribadirlo, allo scopo di fissarlo con sempre maggiore fondatezza.

È un paradosso apparente che la professione medica farà del proprio meglio per ridurre il bisogno che si ha di essa. Nella realtà, il medico deve risentire le conseguenze di questa evoluzione; mettersi a servizio della salute; divenire sempre meno un prescrittore e sempre più un profilassatore; accettare filosoficamente ed umanitariamente questo cambiamento, dovuto in gran parte agli incessanti progressi della medicina, i quali portano sempre meglio a fugare le malattie, a individuarle o sospettarle fin dai primi inizi, ad istituire dei trattamenti profilattici idonei.

Il medico non si taglia i viveri per questo: è la sua attività che si modifica e si sposta. Egli viene ad avere una sfera non minore d'azione, legata in specie ad una tattica di educazione: disciplinare la vita, in vista della conservazione della salute; insegnare e abituare a valersi in tempo della sua opera; eseguire delle visite sistematiche (per es. una volta al mese), tenendo uno «stato di salute» di tutti, come già si comincia a praticare in Inghilterra; divenire sempre più il medico di famiglia, l'amico, il confidente dei propri malati; conoscerne lo stato abituale per apprezzarne le deviazioni. All'uopo, sarebbe necessario non oberarlo di lavoro, quindi non affidargli e non consentirgli un numero eccessivo di abbonati; al tempo stesso però retribuirlo in modo adeguato all'alta finalità umanitaria e sociale; fare, quanto meno, che cessi la vita di tribolazioni e di privazioni che è propria di tanti medici.

Ci troviamo, dunque, in presenza di due concezioni, una delle quali si preoccupa solo del quieto vivere dei medici, mentre l'altra lo subordina al bene collettivo, pur senza trascurare gl'interessi legittimi di classe.

Forse io sono stato indotto al secondo atteggiamento psicologico, quale cultore dell'igiene; ma sono convinto che tutti i medici si abitueranno sempre più a pensare profilatticamente: così non sembrerà loro più tanto ostico di rinunziare, in regime assicurativo, al pagamento a visite (sia esso fatto dall'Istituto assicuratore come vorrebbe Martinelli, sia fatto direttamente dai clienti come vorrebbe Cingolani), per accedere invece, almeno in generale, alla forma capitaria di retribuzione, integrata dalla facoltà di scelta da parte del cliente.

Nel determinare l'opposizione di molti medici a questa modalità di contratto di lavoro, non interviene soltanto l'ostilità verso il nuovo. Oggi il medico è talmente ipnotizzato dallo stato di malattia, che lo stato di salute, il mantenimento e il rafforzamento di esso, rimane al di fuori della sua visuale!

* * *

Non mi sembra giustificato di affermare che la capitazione con libera scelta farebbe precipitare di nuovo l'assistenza sanitaria nella condotta piena. Difatti la concorrenza è in antagonismo deciso con l'istituto della condotta.

Anche il medico condotto dovrebbe avere interesse personale diretto ad evitare, per quanto è possibile, che le persone affidategli si ammalino, e ciò per alleggerire il proprio lavoro; invece egli trascura del tutto le visite preventive e si limita a quelle diventate indispensabili. Praticamente non si nota il vantaggio che ci dovrebbe essere; perchè? In regime di condotta coloro che si sentono male sono forse meno disposti a chiedere súbito l'ausilio del medico? Forse gli risparmierebbero il lavoro? È forse in arretrato la mentalità del medico? Nulla di tutto questo: siccome il médico condotto è pagato a stipendio e non deve correre l'alea della libera scelta, sovratutto nelle condotte piene, viene a mancare in lui l'azione stimolatrice a un tempo e moderatrice della concorrenza; si spegne in lui la grande forza dell'emulazione, che induce a rendere la massima utilità. Si aggiunga

che il disagio economico e morale e l'eccessivo lavoro di moltissimi medici condotti determina in essi uno stato di risentimento, di scontento, di esasperazione, che li anafilattizza contro la propria professione o li smonta e li stanca. Ottimi elementi finiscono, pur troppo, col burocratizzarsi e col fossilizzarsi.

Anche sotto altri riguardi la capitazione con facoltà di scelta è lontana dall'esercizio della condotta piena.

Ad esempio, gli abbienti rimasti esclusi dalle assicurazioni — per i quali non è gravoso di continuare a corrispondere gli onorari al medico *more solito* — non graviterebbero soltanto verso i medici liberi da legami con le assicurazioni.

Nè mancherebbero molti clienti degli altri colleghi: difatti, una volta che gli assicurati hanno scelto il proprio medico, nei casi più gravi o meno chiari sentirebbero il desiderio o il bisogno di consultarne altri, pagandoli a parte; ciò accadrebbe sovratutto in quanto che le assicurazioni includono in quasi tutti i Paesi e includerebbero anche in Italia molta parte del ceto medio, costituito da persone colte ed intelligenti, ipercritiche e... difficili a contentare.

È, poi, da considerare che al diritto di scelta da parte dell'assicurato, corrisponde il diritto del medico di rifiutare i clienti, non solo dove risiedono più medici, ma anche in località «battute» da medici inscritti nelle assicurazioni. Se un cliente obbligato abusasse del medico, questi potrebbe rifiutarsi di secondarlo, magari fargli infliggere una penalità, ecc. Per dirimere le controversie e infrenare gli abusi, non mancherebbero, sull'esempio estero, Comitati e sotto-Comitati di più specie, in cui sarebbero rappresentati medici, farmacisti, ispettori, datori e ricevitori di lavoro, ecc.: tutta una giurisdizione che offre garenzie e che tutela i diritti di tutti, compresi quelli dei medici, mentre oggi il medico condotto è quasi indifeso di fronte a vessazioni e abusi del Comune e dei condottati.

È, infine, da tener presente che il numero dei medici cresce rapidamente in regime assicurativo, per rispondere alle maggiori richieste: di modo che dopo alcuni anni (a parte l'intervento di cause perturbatrici, come potrebbe essere l'istituzione di numerosi centri medici) si riduce il numero delle località isolate che possono disporre di un solo medico con monopolio della clientela.

L'emulazione tra i medici di una stessa località o di località limitrofe non è da eliminare, come avverrebbe, ad esempio, impegnandosi reciprocamente a rendere le zone chiuse e senza interferenze: si tornerebbe solo allora alla condotta piena, si attenterebbe alla libertà di scelta, si eliminerebbe un fattore di miglioramento dei servizi nonchè di perfezionamento e di efficienza dei medici, si sconvolgerebbe tutto il piano prospettato.

***

Non insisterò, per non ripetermi, su alcuni vantaggi che avevo già posto in rilievo, presentati dalla forma di assistenza sanitaria e di contratto di lavoro di cui stiamo occupandoci (cioè assistenza sanitaria affidata all'Istituto assicuratore, con compenso a capitazione e con libera scelta — a parte l'indennità di base per i medici residenziali).

Mi limito a rilevare che, se gli assicurati ricevono le prestazioni sanitarie dall'Istituto assicuratore e se, in cambio, le indennità pecuniarie sono mantenute basse o si aboliscono del tutto, si riduce o si elimina un potente incentivo alla simulazione; si compie così una buona profilassi delle frodi.

Dirò inoltre che la provincializzazione dei servizi pubblici di assistenza sanitaria, auspicata e preconizzata dal Queirolo, dal Cingolani, ecc., verrebbe ad effettuarsi nel modo più semplice se i servizi sanitari fossero accentrati nell'Istituto assicuratore. Nessun momento più propizio sapremmo concepire per la realizzazione di questo progetto.

Altri punti in discussione mi sembrano d'ordine secondario perchè metta conto d'indugiarvisi. Ad esempio, è ben certo che il Cingolani ha tenuto conto dei contributi privati: come avrebbe potuto farne astrazione se l'assicurazione dovrebbe essere alimentata prevalentemente da questi contributi? Ma ad un certo punto egli li aveva completamente dimenticati!

Aggiungerò ancora un chiarimento. Il medico condotto cambia di nome nei vari Paesi; si dirà Bezirk Arzt in Germania, médecin de circonscription o cantonal in Francia, divisional physician in Inghilterra, médico de partido in Spagna, ecc.; ma la funzione permane: la condotta, la circoscrizione, il cantone, il circolo, il distretto, la divisione, la ripartizione sanitaria si corrispondono in gran parte. Naturalmente non si tratta di identità; non solo, ma la libera scelta e l'assicurazione tendono a soppiantare quasi dovunque questa forma condottata o a ridurla.

Avevo voluto dimostrare che l'assistenza medica delle classi meno fortunate non è un privilegio dell'Italia ma esiste in tutti i Paesi e che le assicurazioni non l'hanno mai instaurata *ex novo*, ma solo sostituita o integrata. A me premeva dunque di mettere in rilievo le analogie con i nostri servizi sanitari di condotta, analogie che alle volte sono veramente notevoli: ma non contesto che sussistono delle differenze.

Più volte ho sentito dire che le altre Nazioni c'invidiano i nostri ordinamenti sanitarii: può darsi, ma a un dipresso come il macchinista di un treno diretto può invidiare il postiglione di una diligenza.

***

Il Cingolani, il quale per molti anni ha svolto una molteplice e fervida attività nel campo professionale, reca ora il suo patrimonio morale, di esperienza, di disciplina in questa discussione, perseguendo il suo lavoro d'infaticabile tutela della classe. Con parola franca ma ponderata, egli ha addotto valide ragioni, appoggiate a fatti concreti e materiate di buon senso. Non presumo di possedere io solo la verità; ma spero di aver chiarito le ragioni delle discrepanze di principî e di applicazioni che intercedono tra noi. Non ho incertezze di visioni, ma la mia fermezza è posta

a servizio della sincerità; d'altra parte, siccome il Cingolani è evidentemente spregiudicato e dà prova di obbiettività e di tolleranza, non dispero che il profondo dissenso che ancora ci divide possa essere colmato.

Nel momento attuale non v'è, forse, un problema più grave dell'assicurazione contro le malattie per la professione medica, il cui avvenire è legato in gran parte alla soluzione che verrà data a questo problema. Perciò i lettori saranno indulgenti verso di noi se abbiamo sottratto loro dello spazio.

Molti argomenti, oltre quelli trattati, si offrirebbero al nostro esame; argomenti che investono il principio stesso delle assicurazioni o che riflettono le soluzioni pratiche e le modalità tecniche della loro attuazione; ma non abuseremo oltre dell'ospitalità che ci è stata accordata.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie in rapporto all'assistenza ospedaliera.

In un'adunanza tenutasi presso l'Ospedale Maggiore di Milano dai rappresentanti delle Amministrazioni e Direzioni Ospedaliere delle principali città d'Italia per discutere i progetti di assicurazione obbligatoria contro le malattie in rapporto al problema finanziario dell'assistenza ospedaliera, venne approvato all'unanimità dai convenuti, dopo lunga discussione, il seguente ordine del giorno:

«I rappresentanti delle Amministrazioni ed i Direttori Sanitari degli Osedali di Milano, Genova, Venezia, Bologna, Trieste, Modena e Brescia, colle adesioni degli Ospedali di Firenze, Torino e Roma, radunati d'urgenza per avvisare ai mezzi atti a far fronte all'angosciosa situazione delle Amministrazioni Ospitaliere, le quali se hanno potuto con enormi sforzi e con ripieghi di ogni specie, liquidando in parte od in tutto l'asse patrimoniale, arrivare a chiudere l'esercizio per il 1920, si trovano all'aprirsi del 1921 davanti alla sicura improrogabile ed inevitabile prospettiva di sospendere l'assistenza ai malati data la mancanza di mezzi per pagare il personale ed i fornitori;

«convinti in seguito alle delucidazioni fornite dal senatore Mario Abbiate intervenuto al convegno che le assicurazioni obbligatorie contro le malattie non potrebbero far fronte alle immediate necessità attuali degli Ospedali, mentre varrebbero a risolvere definitivamente il problema dell'assistenza ospitaliera, per cui essi sollecitano la presentazione di un progetto concreto al Parlamento;

«sentito il parere degli organi amministrativi e sanitari preposti agli Ospedali;

«invocano dallo Stato provvedimenti del Tesoro che mettano in grado gli Ospedali di integrare il loro fabbisogno per il 1921 e di poter così continuare a funzionare, e dànno mandato al Presidente degli Istituti Ospitalieri di Milano di presentare questi voti al Presidente del Consiglio dei Ministri e di renderlo consapevole che essi declinano ogni loro responsabilità, ove non si provvedesse sollecitamente e congruamente».

Per la Federazione Regionale umbro-laziale dei Medici Condotti.

Il 22 febbraio si è tenuta a Roma, nei locali dell'Ordine dei medici, l'adunanza dei Presidenti delle Sezioni Umbre e Laziali per la costituzione della Federazione Regionale Umbro-Laziale dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti. Erano presenti o rappresentati i dottori: Alberti, rappresentante della Sezione Prenestina; Angelini, Sez. di Frosinone e Velletri; Bolli (rappresentato dal dottore Bonarotti), Sez. di Perugia; Bonarotti, Sez. di Spoleto-Norcia; Buccolini, Sez. di Orvieto; Cenci (rappresentato dal dott. Bonarotti), Sez. di Rieti; Matulli, Sez. di Civitacastellana; Morganti (rappresentato dal dott. Bonarotti), Sez. di Viterbo; Sbaraglini (rappresentato dal dottor Buccolini), Sez. di Terni; Stagni, Sez. dei Castelli Romani; Trulli, Sez. di Roma; Volpini, Sez. di Civitavecchia. Non erano rappresentate le Sezioni di Foligno e di Tivoli.

Sono designati il dott. Angelini a funzionare come presidente e il dott. Matulli come segretario dell'adunanza.

Il presidente riassume lo scopo della riunione, che è di costituire la *Federazione Umbro-Laziale* sullo schema di Statuto proposto dal Comitato Centrale dell'Associazione (vedi «Il Medico Condotto», n 2, del gennaio 1921), convertendolo — senz'altro — in Statuto della Federazione, da completarsi, per ciò che sarà necessario, con un regolamento da redigersi dal Consiglio Federale.

Si passa quindi all'elezione dei tre membri di cui dev'essere composta la Giunta esecutiva. Il presidente propone di eleggerne uno per le Sezioni Laziali, uno fra le Sezioni Umbre ed uno della Sezione di Roma, il quale possa più sollecitamente occuparsi del disbrigo delle pratiche da esaurirsi in Roma. La proposta è accettata senza discussione.

Si procede quindi all'elezione dei membri della Giunta esecutiva; e, previa intesa fra i presenti, su proposta del presidente Angelini e del segretario Matulli; risultano eletti all'unanimità: Buglioni Giov. Battista, condotto in Alatri, presidente; Buccolini Geralberto, condotto in Orvieto, vicepresidente; Scarano Raffaele Antonio, condotto in Roma, segretario-cassiere.

Federazione nazionale medici chirurgi liberi professionisti - Sezione di Siena.

Riceviamo:

Visto il resoconto del *Policlinico* sul II Congresso della Federazione N. M. C. L. P., prego codesta on. Redazione a volere aggiungere a complemento di quanto fu pubblicato sull'argomento, che la Sezione di Siena presentò il tema: «Necessità che l'assistenza sanitaria a ogni Ente regolarmente riconosciuto sia garantita da nomine per pubblico concorso» e che ne fu relatore il suo Presidente prof. Luigi Bordoni, che si recò a Firenze assieme ad altri soci di questa Sezione.

Il Segretario
Dott. CARLO LENZI.

Aumento dell' indennità professionale agli ufficiali medici.

La *Gazzetta Ufficiale* del 18 febbraio reca il seguente decreto:

«L'indennità per i servizi speciali di L. 1500 annuali concessa al corpo sanitario con la tabella *B* annessa al R decreto n. 2079 del 2 novembre 1919, è sostituita dall'indennità professionale annua in L. 2500 da concedersi a tutti gli ufficiali medici di qualsiasi grado a datare dal 1° gennaio 1921.

«Il presente decreto sarà presentato al Parlamento per la conversione in legge».

L'assicurazione contro le malattie in Svezia.

Una Commissione istituita nel 1915 dal Governo svedese per preparare disegni di legge sulle assicurazioni sociali, ha presentato il disegno di legge sull'assicurazione malattia e maternità.

Il progetto si conforma alle seguenti direttive. L'assicurazione contro le malattie ha carattere obbligatorio per tutti i cittadini a partire dal 15° anno di età, eccettuati coloro che guadagnino almeno 5400 corone all'anno, ovvero che fruiscano di un reddito o di una pensione di almeno 1000 corone, ovvero che abbiano un patrimonio di almeno 15,000 corone, come pure coloro ai quali già si provvede l'assistenza sanitaria ed economica in casi di malattia (per es. i funzionari civili e militari). La Commissione calcola che gli assicurati ascenderanno a circa 3 milioni; ma siccome anche i giovani al disotto di 16 anni avranno diritto a soccorsi in determinati casi, complessivamente cinque milioni di persone circa verrebbero a godere dei benefizi della nuova legge.

I premi o contributi sono per un terzo a carico degli assicurati e per due terzi a carico dello Stato. Il versamento dei premi per gli operai e impiegati dipendenti è fatto dai datori d'opera, che poi li ritengono sui salari o sugli stipendi; per gli altri assicurati è fatto direttamente dagli interessati. Agli imprenditori di industrie insalubri o pericolose è imposto un premio di rischio. I premi variano da un minimo di 6 ad un massimo di 120 corone annue; vi sono commisurate le indennità.

Le prestazioni in caso di malattia consistono nell'assistenza medica e farmaceutica, senza limiti di tempo, e in una indennità pari ai due terzi del salario o dello stipendio, riducibile alla metà se le giornate di malattia superano 180 in un anno; l'indennità viene assegnata dopo il 3° giorno di malattia, ma ha effetto retroattivo.

Alle puerpere è assegnato un sussidio per 56 giorni, fino a concorrenza dell'indennità malattia, ma non inferiore ad una corona al giorno; alle donne assicurate che hanno bisogno di lavorare è corrisposta un'indennità di allevamento, a partire dal 42° giorno dal parto, per un periodo massimo di 50 giorni, fino a concorrenza di metà dell'indennità per malattia.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8695) *Interinato - Stabilità.* — Dott. E. C. da G. — Per gli effetti della stabilità vale anche un servizio interinale prestato precedentemente ma non immediatamente seguito da nomina stabile.

(8696) *Caro-viveri.* — Dott. U. M. da C. del T. — Per gli impiegati comunali un sol caro-viveri è in vigore, quello, cioè, che fu concesso con D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, e decorre dal 1° gennaio 1919.

(8697) *Aumento di stipendio - Caro-viveri.* — Dott. F. P. da U. — La deliberazione consiliare con cui si fissa lo stipendio dell'unica condotta rimasta essendo stata adottata nel 17 aprile 1920, cioè, dopo la Circolare del Ministero dell'Interno del 10 ottobre 1919, avrà tenuto certamente conto degli aumenti in detta Circolare enunciati e, quindi, è da ritenere che lo stipendio fissato sia complessivo di tutto. Alla indennità caro-viveri, ha però, sempre diritto perchè di essa non si fa parola nella deliberazione ed è obbligatoriamente imposta alle Amministrazioni comunali.

(8698) *Nomina ad ufficiale sanitario.* — Dottore V. M. da R. I. — Gli ufficiali sanitarii sono nominati mediante concorso. Essi possono inscriversi alla Cassa di previdenza per le pensioni dei medici condotti.

(8700) *Prestazione professionale - Pagamento.* — Dott. A. A. da F. — Il bambino di cui è parola nel quesito non ha diritto alla cura ed alla assistenza gratuita perchè non appartiene legalmente alla popolazione di codesto Comune. La madre è già domiciliata altrove legalmente perchè segue il domicilio del marito ed il bambino segue quello del padre e della intera famiglia. Ella, quindi, ha diritto a pagamento per le prestazioni professionali fatte a detto ragazzo ed in caso di rifiuto della famiglia, può ben adire l'autorità giudiziaria ordinaria, sostenendo la tesi suesposta.

Doctor JUSTITIA.

Per la rieducazione di operai mutilati. — All'abb. n. 1112:

Le scuole di rieducazione mutilati per invalidi di guerra militari hanno ormai cessato di funzionare in tale senso.

Talora era possibile far accogliere in esse qualche civile.

Ora, per conoscere se sia possibile far qualche cosa di utile nel singolo caso di un operaio mutilato, ritengo sarebbe utile rivolgersi al professor Galeazzi dei Rachitici di Milano. M. G.

Medici di reparto delle Ferrovie. — All'abbonato n. 7923:

I medici di reparto delle Ferrovie dello Stato non sono considerati impiegati in ruolo e non hanno stipendio. Sono compensati con biglietti di viaggio gratuiti e con un assegno che varia in ragione del numero degli agenti compresi nel reparto, delle distanze che devono percorrere ed a seconda che il reparto trovasi o no in località malarica. *dr.*

CONCORSI.

AREZZO. — Tre condotte: una suburbana e due di campagna: L. 6000 lorde elevabili a L. 8400 mediante quattro quinquenni di L. 600; tale stipendio sarà migliorato per la imminente revisione delle tabelle organiche; doppio caro-viveri; L. 2000 per cav.; L. 750 al titolare della 7ª condotta di campagna per disagiata residenza. Scad. ore 18 del 20 marzo. Servizio entro due mesi.

BOMBA (*Chieti*). — Condotta poveri (395); L. 5000 con quattro quinquenni del decimo; L. 500 ogni 250 poveri (o frazioni di 250) oltre i 500; L. 500 se uff. san. Due anni in ospedale o condotta. Servizio entro 15 giorni. Scad. 4 aprile.

CANOVA SANNITA (*Chieti*). — Al 31 marzo condotta; L. 6000 p. poveri, L. 500 quale uff. san., L. 1500 per cav., quattro quinquenni del decimo. Ab. 2050 di cui 1500 in camp.; 1000 pov. L'eletto dovrà raggiungere la residenza appena gli verrà data partecipazione ufficiale della nomina.

CASTEL SAN PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — Il concorso annunziato nel fasc. 10° scade il 31 marzo.

LATERA (*Roma*). — Cercasi per almeno 6 mesi medico-chirurgo interino condotta piena e servizio armadio farmaceutico. Stipendio 900 lire mensili nette e rimborso spese viaggio. Scrivere al locale Commissario Prefettizio.

MONTECALVO IN FOGLIA (*Pesaro*). — A tutto il 5 aprile condotta piena con probabilità di trasformarla in residenziale; L. 8000 e se trasformata L. 6000; indennità caro-viveri; L. 1800 per cav.; uso gratuito di una casa d'abitazione. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Con Circolare n. 122, l'inizio del corso di mesi 4 per aspiranti alla nomina a tenente medico in S. A. P., che doveva aver luogo il giorno 1° marzo 1921 presso la scuola di Sanità militare in Firenze, e di cui alla circolare n. 11 del *Giornale militare* 1921, è prorogato al 1° aprile 1921.

Le domande di ammissione e i documenti di cui ai numeri 3, 4, 5 e 6 della suddetta circolare potranno ancora essere accettate ed inviate al Ministero (Direzione centrale del servizio sanitario militare), ma non oltre il 20 marzo 1921.

La data sotto la quale gli ufficiali medici riconosciuti idonei saranno nominati tenenti medici in S. A. P. è prorogata al 1° agosto 1921.

Lo stipendio iniziale dei tenenti medici nuovi ammessi in servizio attivo è di L. 4800, computandosi in questo gli anni di studio di cui all'art. 3 del R. decreto 2 novembre 1919, cui deve aggiungersi l'indennità professionale in L. 2500 e le indennità caro-viveri.

Le competenze quindi dei tenenti medici, compreso il caro-viveri, saranno di L. 10.450, e per quelli provenienti dagli ufficiali di complemento del R. esercito e della R. marina sarà pure tenuto conto degli anni di servizio prestati durante la guerra come ufficiali, per il conseguimento di un nuovo aumento quadrienniale di L. 800.

SANNICANDRO DI BARI (*Bari*). — Condotta pei poveri. Scad. ore 12 del 31 marzo. Età limite 35. Assunzione del servizio entro 20 giorni. L. 3000 (*sic*) lorde con quadrienni di L. 625 fino a raggiungere L. 8600 dopo 32 anni di servizio; caro-viveri come per legge. Abit. 7905 tutti nel centro; famiglie povere 300 circa.

VOLTERRA. *Congregazione di Carità*. — Medico assistente del Manicomio S. Girolamo in Volterra; L. 8000 lorde, sei quadrienni del decimo, L. 500 per alloggio, L. 100 mensili di caro-viveri. Certificato di competenza tecnica. Chiedere annunzio. Scad. 31 marzo. Servizio entro un mese.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Riccardo Versari, Direttore dell'Istituto Anatomico della nostra Università è stato recentemente insignito dell'onorificenza di Grande Ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti.

Il prof. Luigi Carozzi, ispettore medico dell'Industria e del Lavoro, già aiuto nella Clinica del Lavoro di Milano, è nominato Capo del Servizio d'Igiene al «Bureau International du Travail» di Ginevra. Il Carozzi ha volto da tempo la sua alacre attività allo studio della patologia e dell'igiene del lavoro ed a tradurne in pratica i risultati alla Clinica di Milano, tra le organizzazioni operaie della Lombardia e al Ministero.

Il nostro connazionale dott. Rosario Traina, professore di anatomia patologica nella R. Università di Santiago del Cile, su proposta del nostro ministro degli esteri è stato nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

Al Traina, che da oltre un decennio prodiga la sua attività scientifica oltre Oceano e che tiene alto il decoro del nostro Paese, porgiamo sentite congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Attività ed opere di pace della Croce Rossa Italiana.

Secondo un recente Decreto la Croce Rossa Italiana deve in tempo di pace dedicare la sua attività a svolgere fra le popolazioni opera continuativa di educazione igienica e di assistenza sanitaria in armonia coll'azione delle autorità direttive dello Stato, esercitando in ogni caso tutte le forme di collettiva solidarietà umana consigliate dalle necessità della salute pubblica.

In tal modo la C. R. I. finisce di essere esclusivamente una istituzione di pronto soccorso ai feriti di guerra, ed entra con fervore nella vita ordinaria delle popolazioni e segue anzi di questa vita il ritmo più intenso e più vibrante apportandovi sistematicamente luce di scienza e calore di fede, decisivi per le sorti della nazione.

La lotta contro la malaria (ambulanze distribuite nelle zone più specialmente colpite dal flagello, dispensarî e sanatorî antimalarici, ecc.); la lotta contro la tubercolosi (Sanatorî di Cuasso al Monte ed Eremo di Lanzo, prossimamente il Sanatorio Cesare Battisti); le opere molteplici a beneficio dell'infanzia (colonie temporanee, colonie profilattiche permanenti di Fara Sabina, Came-

rata e Ospizio Marino di Valdoltra); l'assistenza sanitaria alle popolazioni civili a mezzo dei dispensari polivalenti, sono fra le principali attività che la C. R. I. con intenso fervore ha intrapreso dopo la fine del conflitto mondiale ampliando ed intensificando tante iniziative esplicate con utilità e successo anche durante la guerra.

Inoltre per migliorare la coscienza igienica delle popolazioni sono state fatte delle pubblicazioni di carattere popolare e preparate delle carte murali che illustrano fondamentali concetti igienici; sono stati banditi concorsi a premi per due libri di educazione igienica; è stato presentato al Ministro della Pubblica Istruzione un disegno di assistenza sanitaria scolastica elaborato da una commissione di tecnici autorevoli della scuola e delle discipline dell'igiene.

È veramente confortevole constatare come la C. R. I. sotto la guida dell'attuale Presidente senatore Giovanni Ciraolo e del Direttore Generale prof. Cesare Baduel, abbia formulato e vada attuando con sistemi e metodi modernissimi un così ardito programma di assistenza sanitaria sociale.

Il VI Congresso medico siciliano.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Palermo, costituito in Comitato promotore, ha deliberato che il VI Congresso Medico Siciliano abbia luogo in Palermo nei primi giorni del prossimo maggio, possibilmente nella stessa epoca in cui saranno dati gli spettacoli classici nel Teatro Greco di Siracusa.

La scelta di Palermo, come Sede del Congresso, fu determinata dalla necessità di non frapporre ulteriore indugio alla ripresa dei biennali «Convegni Medici Siciliani», che furono sospesi a causa della guerra e dei quali l'ultimo rimonta alla primavera del 1914.

È ancor viva nella memoria dei Medici che intervennero al 1° Congresso di Palermo ed in quelli successivi di Catania, Messina, Trapani, Siracusa, il successo ottenuto, non solo per l'importanza dei temi che furono oggetto di dotte relazioni e discussioni, ma anche per lo scopo raggiunto di affratellare sempre più i medici dell'Isola — accorsi numerosi — per conoscersi meglio, apprezzarsi e stimarsi.

Oggi, più che mai, tale scopo di rafforzare i vincoli di fratellanza della famiglia medica siciliana appare più opportuno, in quanto chè si agitano problemi che interessano le varie categorie di medici (Condotti, Ufficiali Sanitari, Medici reduci, Ferroviari, Ospedalieri, etc.) e sono pronti per la discussione in Parlamento importanti progetti di legge come, ad esempio, quelli sulla Assicurazione obbligatoria contro le malattie e sulle tariffe medico legali, sui quali occorre mantenere desta l'attenzione della classe, ed invocarne l'accordo.

La maggiore importanza acquista l'auspicata unione, giacchè, spesso, la discussione di detti temi rispecchiano interessi locali e non sempre i Medici della Sicilia, per ovvie ragioni di distanza e di spese, possono intervenire ai Congressi Nazionali dove in genere gli argomenti di indole professionale sono discussi e votati da sparuta rappresenza di classe.

Il Congresso sarà costituito di tre Sezioni: Medicina, Chirurgia ed Interessi professionali.

Inoltre, sarà tenuta una apposta riunione per costituire la Sezione Siciliana della Società Nazionale di Idrologia e Climatologia.

I temi scelti sono: *a*) Per la medicina: «Leishmaniosi»; Relatori i proff. Di Cristina di Palermo e Cannata di Messina. *b*) Per la chirurgia: «Tubercolosi chirurgica»; relatori i proff. Tricomi di Palermo e Muscatello di Catania. *c*) Per gli interessi professionali: «Le nuove direttive delle organizzazioni mediche per conseguire una maggiore elevazione della classe e per ovviare alla crisi professionale del dopo guerra»; relatori prof. Bentivegna e dott. Salpietra. Oltre i detti temi sarà svolta dal prof. Parlavecchio una conferenza sul seguente argomento: «Diagnosi e cura delle affezioni gastroenteriche e nervose prodotte dalle ptosi viscerali».

La quota d'iscrizione al Congresso, in lire venti, deve essere inviata alla Presidenza dell'Ordine dei Medici di Palermo, piazza Montevergini, non oltre il 16 marzo p. v.

Corso teorico-pratico di perfezionamento in igiene.

In base ai Decreti e Circolari ministeriali vigenti, nel corrente anno scolastico 1920-21 nell'Istituto d'Igiene della R. Università avrà luogo il Corso bimestrale d'Igiene pratica. Esso comincerà il 1° aprile e terminerà il 31 maggio.

Possono iscriversi a norma dell'art. 14 del Reg. Spec. Fac. Med. 9 settembre 1910, n. 808, Medici, Veterinari, Chimico-farmacisti, Chimici puri, dottori in Scienze Agrarie, in Scienze naturali, Diplomati in Farmacia.

I documenti di rito sono:

a) domanda al Rettore;

b) certificato di Laurea o di Diploma;

c) tassa di L. 250 all'Economo della R. Università (Circol. Minist. 1° dicembre 1920, n. 25508).

L'iscrizione verrà chiusa il 20 marzo 1921. Non sarà tenuto conto delle domande pervenute dopo tale data.

In memoria del prof. Bozzolo.

Il 24 gennaio nell'anfiteatro della Clinica Medica Generale di Torino, all'Ospedale di S. Giovanni, fu inaugurato un busto al Maestro ed iniziato il nuovo corso di clinica medica, con una prolusione del nuovo titolare prof. F. Micheli.

L'aula era gremita di studenti, di professori e di notabilità.

Parlarono il prof. Graziadei, presidente del Comitato promotore, per attestare la viva riconoscenza che i discepoli succedutisi in 37 anni d'insegnamento sentono verso il loro amato compianto Maestro; il prof. Giacosa, che tratteggiò il contributo portato agli studi clinici dal Bozzolo e che presentò l'oratore ufficiale, prof. Micheli, indicato dal prof. Bozzolo e prescelto dalla Facoltà medica per succedere nella cattedra di clinica medica di Torino. Il prof. Micheli svolse con grande maestria il tema: «Sul pensiero e sull'opera scientifica di Camillo Bozzolo».

La situazione sanitaria in Polonia.

La «Lega delle Società di Croce Rossa» di Ginevra comunica che, secondo le proprie informazioni, i casi di tifo petecchiale sono ora in Polonia meno numerosi dell'anno scorso. Tuttavia, la percentuale dei casi gravi è sempre assai notevole, e la media della mortalità è quest'anno superiore a quella dell'anno scorso. In Galizia pare che l'epidemia sia in decrescenza. Nella zona di Grodno-Wilna domina la febbre intermittente. Il colera è diminuito negli ultimi mesi, ma si sono verificati qua e là dei focolai isolati.

Tutto ciò deve indurre le Nazioni dell'Europa Centrale ed Occidentale a prendere le misure profilattiche del caso per evitare il diffondersi delle malattie che ci minacciano dall'Oriente.

Diminuzione della natalità in Svizzera.

La natalità diminuisce considerevolmente in Svizzera dal 1914; per es., a Basilea il tasso di natalità è disceso da 18.37 ‰ nel 1914 a 12.7 nel 1917. La diminuzione non interessa la prole di idioti, di alcoolisti e in genere dei rifiuti sociali.

Primo Congresso inglese di Radiologia e Fisioterapia.

Questo Congresso, organizzato dalla Sezione Elettroterapica della Reale Società di Medicina e dall'Associazione Britannica di Radiologia e Fisioterapia, si terrà a Londra dal 14 al 16 aprile, sotto la presidenza di sir Humphry Rolleston.

La cerimonia inaugurale avrà luogo presso la Reale Società di Medicina.

I lavori saranno ripartiti in tre sezioni: Radiologia, Elettrologia e Fisioterapia; in ogni sezione verranno tenuti discorsi inaugurali da delegati della Francia, del Belgio e dell'Inghilterra (naturalmente l'Italia non è considerata). Le ultime due Sezioni terranno un'adunanza cumulativa per discutere il tema «rieducazione muscolare».

Al Congresso sarà unita un'esposizione di apparecchi; inoltre i congressisti visiteranno gl'impianti radiografici ed elettrologici dei principali ospedali di Londra. Verranno anche visitate le Università di Oxford e di Cambridge. L'Associazione Ling terrà una dimostrazione pratica dei suoi metodi di coltura fisica, alla Albert Hall.

Avrà luogo anche un banchetto.

La quota di sottoscrizione è di 2 ghinee per gli inglesi, di 40 franchi per i francesi ed i belgi (gli italiani sono fuori discussione, come i cittadini dei paesi neutrali o nemici).

Segretario generale è il dott. G. Harrison Ortin e tesoriere onorario il dott J. Metscalfe, presso la Royal Society of Medicine, 1, Wimpole Street, London W. 1.

Condizioni sanitarie in Ungheria.

Notizie da Budapest recano che infierisce in Ungheria una malattia cutanea che si manifesta con eruzioni acneiformi; gli ospedali sarebbero affollati di pazienti. Il prof. Arturo Veretely attribuisce l'affezione alla mancanza di sapone e di biancheria personale e dice che essa potrebbe chiamarsi «la peste della miseria».

Le sofferenze cagionate dalla fame e dal freddo a Budapest sarebbero così gravi, secondo dati ufficiali, da determinare una quindicina di suicidii al giorno!

(Dal *Medical Record,* 22 gennaio 1921).

Acquisti di medicinali in Russia.

Il Commissario per la salute pubblica in Russia ha acquistato medicinali in Inghilterra per 120,000 sterline ed in Svizzera per 70,000 sterline ed ha ordinato di preparare sieri e vaccini varii all'Istituto Svedese di sieri e vaccini per 1,000,000 di corone svedesi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 21 Marzo 1921 Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI MANTOVA.
PADIGLIONI SANATORIO BELFIORE.

Contributo allo studio dell'ascoltazione orale.

Rantolo e soffio orale.

Prof. ANGELO LURÀ, primario e libero docente.

Sull'ascoltazione orale e sui vantaggi che dalla metodica applicazione di essa può ritrarre la diagnostica delle affezioni cardio-vascolo-respiratorie, si è in questi ultimi tempi da varie parti richiamata l'attenzione venendone da alcuni attenuata, da altri a parer nostro esagerata l'importanza: si va così vincendo l'ingiustificato oblìo caduto sulle fondamentali osservazioni in argomento del Galvagni e della sua scuola, osservazioni che dai più recenti contributi ritraggono luminosa e pressochè completa conferma.

Ma se è vero che per alcuni aspetti si può pensare che ben poco ulteriori osservazioni potranno aggiungere agli oramai antichi reperti del Galvagni ed alla interpretazione che il Galvagni stesso ne ha dato, è anche vero che alcuni altri dati di semejotica ascoltatoria orale sono tutt'ora assai oscuri sia nel loro modo di manifestarsi, sia nella loro patogenesi; mi è parso perciò opportuno di ritornare sull'argomento apportando il contributo in materia che mi può essere permesso dal largo materiale di malati dell'apparato respiratorio raccolti nel Reparto a me affidato.

***

I dati che dall'ascoltazione alla bocca si possono rilevare sono di due ordini: quelli che si

percepiscono ascoltando direttamente o con lo stetoscopio biauricolare dinanzi alla bocca aperta durante le varie fasi dell'atto respiratorio e durante le pause normali o volontariamente prolungate (rantolo orale di Galvagni, espirazione sistolica intercisa del Galvagni, soffio orale di Fischer); e quelli che si rilevano ascoltando il rumore della percussione praticata sui vari distretti del torace, trasmesso alla bocca aperta traverso il tubo laringo-tracheale (percussione toracica ascoltata alla bocca del Cardarelli).

Del primo ordine di fenomeni e specialmente del soffio orale intendo occuparmi in questa mia prima nota: le mie osservazioni sulla percussione toracica ascoltata alla bocca saranno oggetto di una mia ulteriore prossima pubblicazione.

Il *rantolo orale* fugacemente accennato dal Piorry nel suo trattato di semeiotica, fu ampiamente e completamente descritto e interpretato dal Galvagni nel 1875; da allora nulla, si può dire, fu aggiunto di sostanziale tanto nella descrizione, come nella interpretazione del fenomeno. Le parole del Galvagni sono così esatte e definitive e di più di data così antica che mi sembra veramente opportuno riportarle testualmente qui:

« Accostando l'orecchio alla bocca aperta dei tisici è spesso a me riuscito di sentire un rantoletto assai fine, a timbro secco, risultante di una o più bollicine, ora nell inspirazione ed ora nell'espirazione e spesso anche in ambo gli atti respiratori, che poteva rassomigliarsi al ben noto rantolo dei moribondi, tranne la maggior finezza delle singole bollicine che lo costituivano e la sua assai minor intensità, da non pote lo udire il più delle volte che avvicinando molto l'orecchio alla bocca del malato ».

Il Galvagni notava in seguito che specialmente nei tubercolosi con manifestazioni cavitarie, ma anche talora, benchè assai raramente nella polmonite e nella bronchite catarrale è possibile rilevare il fenomeno: che esso si distingue facilmente da alcuni altri rumori che si producono in faringe o in trachea: che esso si produce profondamente entro il parenchima polmonare e si trasmette alla bocca per via aerea e non per via parenchimale: che in caso di piccole escavazioni profondamente situate e circondate da grossi strati di parenchima normale esso può udirsi più netto che non all'ascoltazione toracica; e che appunto in questi ultimi casi il rilievo di esso acquista particolare, patognomonica importanza.

Alcuni autori stranieri (Remouchans, Veillard, Génairon, Takata) tornarono sull'argomento, dimenticando spesso gli studi del Galvagni; essi però, ripetiamo, nulla aggiunsero che il Galvagni non avesse già detto, se non forse alcune errate amplificazioni secondo le quali verrebbe attribuito al fenomeno valore semejotico assai maggiore di quello che realmente gli spetti.

« Ogni rumore che si produce nel polmone si ode a livello della bocca », afferma il Remouchamps: senza accorgersi che se ciò fosse vero cadrebbe completamente l'altra sua affermazione secondo la quale il fenomeno è patognomonico della tubercolosi polmonare in tutti i suoi stadi: *anche negli stadi iniziali.*

È vero a parer nostro il contrario; non esiste alcun rapporto nè quantitativo, nè qualitativo tra il reperto toracico ed il reperto ascoltatorio orale; accade talora di rilevare sul torace segni di vasta cavità, rantoli a grosse bolle consonanti e gorgoglianti e tuttavia il rantolo orale presenta ancora gli stessi caratteri di crepitio fine così ben descritti dal Galvagni, e ch'esso presenta anche quando il reperto toracico è assai meno grossolano.

Perchè una lesione cavitaria possa palesarsi col rantolo orale, occorre non tanto la sua maggiore o minore ampiezza, quanto la sua situazione in diretto rapporto con una grossa via bronchiale e quindi col cavo laringo-tracheale.

Questo ci può spiegare tanto la sproporzione suaccennata, quanto la opposta sproporzione che si nota in quei casi in cui si rileva il rantolo orale mentre l'ascoltazione toracica dà dubbi segni di cavità, o non ne dà affatto. Sono casi assai rari, ma quasi tutti gli autori che si occuparono dell'argomento li segnalano, ed io stesso ebbi occasione di osservarne: sono ad ogni modo questi (e sto per dire soltanto questi i casi nei quali il rilievo del rantolo orale acquista particolarissima, patognomonica importanza.

In questi casi la presenza del rantolo orale ci permette di affermare l'esistenza di una lesione cavitaria, mentre il reperto toracico ci porterebbe ad escluderla.

In tutti gli altri casi, e sono la più grande maggioranza, il rantolo orale non ci dice nulla più di quanto ci dica il rilievo toracico. Pur con queste limitazioni rimane sempre tuttavia giustificato includere la ricerca del rantolo orale nelle norme per l'esame oggettivo di ogni malato del torace: soltanto così detto esame potrà dirsi completo.

Su una nuova utilizzazione del sintomo di cui ci stiamo occupando, ha recentemente richiamata l'attenzione il Borelli. Egli notò che in alcuni tubercolosi trattati col pneumotorace

terapeutico, il rantolo orale compariva o scompariva a seconda della maggiore o minor tensione del pneumotorace, e ciò prima ancora che l'ascoltazione toracica permettesse di rilevare l'esistenza di rantoli sul polmone compresso.

L'ascoltazione dei rantoli orali permetterebbe così al medico ed allo stesso ammalato di notare i primi segni del riprendersi dell'attività respiratoria al polmone trattato, cioè i primi segni dell'insufficiente pressione del pneumotorace terapeutico ed a stabilire quindi l'indicazione di un immediato rifornimento. Ho potuto anch'io constatare in parecchi casi l'esattezza del rilievo del Borelli, rilievo che dimostra con una nuova ineccepibile prova l'origine parenchimale del rantolo orale.

Devo però osservare che non è sempre possibile ottenere col rifornimento il silenzio del rantolo orale, sia perchè data l'attuale giustificata estensione della collassoterapia anche a casi non monolaterali, può avvenire che il rantolo derivi dal polmone non compresso, sia anche perchè è possibile che la compressione del polmone sufficiente a far scomparire il rantolo orale, non sia compatibile con l'equilibrio cardio-respiratorio del malato. Se dunque le modificazioni del rantolo orale (anche se non lo fa scomparire, ogni rifornimento diminuisce il numero o il calibro delle bollicine) sono ottima guida (1) nella cura pneumotoracica, noi dovremo tuttavia guardarci dal volere ad ogni costo far scomparire il rantolo orale ad ogni rifornimento.

La misura della pressione endotoracica che in ogni singolo caso è necessario e possibile mantenere, ci deve naturalmente essere data da un complesso di elementi (condizioni circolatorie, spostabilità del mediastino, rantolo orale, ecc.), dei quali ciascuno può volta a volta assumere preponderante importanza.

***

Di assai più raro e men facile rilievo e di più oscura patogenesi sono quei fenomeni noti sotto il nome di *espirazione cardiosistolicamente intercisa* del Galvagni, di *soffio del cavo orale* del Fischer.

Galvagni e Fischer furono infatti gli AA., che pubblicarono le più numerose statistiche che ai detti rilievi semejotici si riferiscono per quanto altri AA., spesso indipendentemente gli uni dagli altri, ne abbiano prima e dopo dei predetti, fatto cenno più o meno breve.

Siamo in ogni modo ben lungi da un accordo sia nella descrizione stessa del sintomo, sia e più ancora sulla interpretazione di esso. E la mancanza dell'accordo, dipende a parer nostro specialmente da ciò: che fino ad alcuni recenti lavori non si era ancora trovato nei vari reperti quell'elemento effettivamente e incontrovertibilmente oggettivo sul quale potessero con sicurezza fondarsi le deduzioni patogenetiche. Tutto si riduceva a difficili descrizioni di reperti acustici, a priori si può dire votate a deficiente chiarezza, sulle quali si fondavano poi le ipotetiche interpretazioni.

Così il Galvagni che aveva rilevato in una pleuritica all'ascoltazione orale l'intercissione del rumore espiratorio sincrona alla sistole cardiaca l'attribuisce all'influenza ritmica dell'apparato cardio-vascolare sul ritorno espiratorio dei polmoni per il tramite di aderenze pleuriche e pleuro-pericardiche.

Il Fischer invece che rilevò il fenomeno sempre predominante nella espirazione, ma presente anche talora nella inspirazione e nella pausa respiratoria, ne pensava la sede all'infuori del torace e lo giudicava un rumore arterioso provocantesi nella carotide al suo ingresso nel canale carotideo.

Riusciva facile al Galvagni in una ulteriore pubblicazione corredata da quattro nuovi casi, combattere la veramente strana interpretazione del Fischer, basandosi sui reperti anteriori del Cheesmann, del Drummond, dello Schrötter e più su alcune particolarità semejotiche dei nuovi casi da esso descritti. In un caso egli potè riscontrare l'identico fenomeno acustico che si poteva rilevare all'ascoltazione orale, anche nello spazio scapolo-vertebrale. In un altro caso potè constatare l'uscita a buffi ritmici dell'aria dalle narici durante l'espirazione: veniva così provata l'origine endotoracica del rumore: e si doveva d'altra parte, quanto alla genesi del rumore stesso, pensare ad uno spostamento ritmico dell'aria nel tubo laringo-tracheale per un meccanismo che al Galvagni stesso rimaneva non chiaro.

Il Siciliano penetrava un po' più a fondo nella interpretazione del fenomeno e sempre in via ipotetica e ragionando più sulle altrui osservazioni che sulle proprie esprimeva l'opinione che in molti casi il soffio orale interciso, dovesse essere espressione di un *polso toracico negativo;* di un risucchio inspiratorio, cioè sincrono ad ogni sistole cardiaca e dovuto alla diminuzione di volume che durante la sistole si verifica nel cuore e che in particolari con-

(1) Mi è, ad esempio, recentissimamente occorso di trattenere una malata dall'interruzione della cura pneumotoracica, da altri consigliata per l'assoluta negatività del reperto polmonare, proprio per la sola presenza del rantolo orale

dizioni può far giungere i suoi effetti fino alle vie aeree superiori.

Il Gerini pure intuiva l'importanza delle variazioni negative della pressione endotoracica e della loro azione aspiratrice sulle vie aeree.

Ma un passo decisivo nella interpretazione del soffio orale interciso veniva compiuto dal Frugoni che corredando di grafiche la sua osservazione clinica, portava finalmente nella discussione un elemento incontrovertibilmente oggettivo.

In un soggetto affetto da larga insufficienza delle valvole aortiche al Frugoni fu dato di constatare «all'ascoltazione orale, espirazione cardiosistolicamente intercisa, il che è quanto dire esistenza di soffi espiratori ritmici cardiodiastolici e all'ascoltazione tracheale breve soffio-sibilo cardiosistolico ed espiratorio».

Lo studio grafico del caso dimostra «l'intervento tanto durante l'inspirazione che l'espirazione, ed in perfetta, costante corrispondenza con ogni sistole cardiaca di un breve ed energico risucchio inspiratorio d'aria (cardiosistolico) tale da dare chiara ragione della interruzione cardiosistolica espiratoria, avvertita all'ascoltazione orale, nonchè del soffio tracheale cardiosistolico avvertito tanto nell'in- che nell'espirazione.

Tale risucchio inspiratorio cárdiosistolico sta a documentare una corrispondente improvvisa depressione della pressione endotoracica ed è da interpretarsi come un vero polso-toracico negativo da cospicua ed improvvisa meiocardia.

Più tardi il Notari, un allievo del Frugoni, illustrava con grafiche, un caso dove pure si aveva all'ascoltazione orale il reperto di inspirazione ed espirazione intercisa, ma senza relazione alcuna coi movimenti del cuore.

Si trattava in tal caso come le grafiche dimostrarono, di una vibrazione ondulatoria del diaframma che imprimeva alla colonna aerea le oscillazioni notate.

La mia attenzione sul soffio orale venne richiamata da un caso (il primo di quelli che sto per riferire) in cui il fenomeno si presentava con particolare nettezza. Fui tratto quindi a ricercare metodicamente il sintomo in tutti i malati dal giugno ad oggi ricoverati nei Padiglioni Belfiore e in alcuni malati della mia pratica ambulatoria.

Sono così oltre 200 i pazienti (quasi tutte forme polmonari specifiche) nei quali io praticai l'ascoltazione orale: in quattro casi soltanto mi fu dato percepire il soffio orale.

Ascoltavo alla bocca aperta, i malati, durante l'inspirazione e l'espirazione e sempre anche durante le pause: sia facendo volontariamente prolungare la pausa all'acme della inspirazione, sia facendo prolungare la pausa espiratoria: ho sempre poi praticato l'ascoltazione sul tubo laringo-tracheale e naturalmente completavo l'esame con l'ascoltazione diretta del torace.

Non mi è purtroppo possibile corredare di grafiche i miei casi, non essendo a mia disposizione l'apposito strumentario; vedo io stesso la lacuna, credo tuttavia che anche con la sola relazione del rilievo ottenuto con gli abituali mezzi di indagine, i casi da me osservati non perdano del loro interesse.

CASO I. — Luigi B., a. 24, da Quistello, muratore, ricoverato nei Padiglioni Belfiore dal 10 agosto 1919 al 29 luglio 1920.

Ammalò di pleurite sinistra a 16 anni. All'inizio del 1919, incominciò subdolamente l'affezione specifica polmonare, per la quale ricoverò nel tubercolosario.

Egli presentava i segni di una antica ed estesa lesione fibro-caseosa di tutto il polmone sinistro con ampia cavità nel lobo superiore, con quasi completa sinfisi pleurica (il tentativo di costituire uno pneumotorace artificiale fu più volte infruttuoso) con forte retrazione dell'emitorace sinistro. A destra fatti di sclerosi apicale.

Il cuore appare alla percussione e alla radioscopia, ingrandito in toto e spostato in uno al fascio vascolare verso sinistra. Grande squilibrio tra il volume sistolico e il volume diastolico del cuore. Tachicardia.

All'ascoltazione sulla proiezione cardiaca, nessun fatto abnorme degno di menzione. Interessantissimi i dati dell'ascoltazione orale. Ascoltando alla bocca aperta od anche chiusa, accanto al rantolo orale inspiratorio, si percepiva nettamente l'espirazione intercisa sincronamente alla sistole cardiaca.

Se a bocca aperta si faceva inspirare profondamente il malato e gli si faceva volontariamente prolungare la pausa all'acme della inspirazione, si ascoltavano nettamente *due soffi: uno lungo, rude, sincrono alla sistole cardiaca, uno brevissimo sincrono alla diastole.*

Identico reperto si percepiva anche all'ascoltazione tracheale non solo, ma anche ascoltando sempre in pausa inspiratoria prolungata su quasi tutta la proiezione del lobo superiore sinistro, particolarmente nella fossa sopraspinosa e nello spazio scapolo-vertebrale dove pure esistevano più evidenti i segni di cavità.

Ascoltando il respiro si sentiva l'espirazione intercisa sincronamente alla sistole pressochè su tutta la proiezione del lobo superiore nelle stesse regioni (sopraspinosa e scapolo-vertebrale) dove erano più netti durante la pausa, i soffi surricordati.

CASO II. — Santa C., contadina, d'anni 20, da Monzambano, da oltre un anno degente nei Padiglioni Belfiore per una forma di tubercolosi polmonare grave e bilateralmente assai estesa.

Segni di ampia cavità nel lobo superiore di sinistra particolarmente sulla proiezione anteriore, sotto la clavicola. Anche nella zona apicale e sottapicale di destra, evidenti segni di processo ulcerativo.

Forte retrazione toracica sinistra: cuore piccolo, spostato verso sinistra (punta nel V spazio all'esterno della emiclaveare): fascio dei grossi vasi in posto come risulta dal reperto radioscopico più che dall'esame fisico, poichè date le gravi lesioni polmonari, l'esame plessico, dà reperti inadeguati.

Rivoluzioni cardiache ritmiche e frequentissime: si nota al radioscopio il grande squilibrio tra il volume sistolico e il volume diastolico del cuore.

All'ascoltazione orale: rantolo orale inspiratorio; nessuna intercisione nè inspiratoria, nè espiratoria. Durante la pausa inspiratoria forzata e volontariamente prolungata, rumore di soffio cardiosistolico: il soffio breve e lieve dà l'impressione acustica di un risucchio. All'ascoltazione toracica negli abituali focolai di ascoltazione cardiaca i toni sono puri e validi in ogni momento dell'in- ed espirazione e nelle pause del respiro. Ascoltando invece nelle parti del polmone in immediata vicinanza dell'area cardiaca si rileva tanto anteriormente quanto verso l'ascella l'espirazione cardiosistolicamente intercisa e nelle pause in posizione di forzata inspirazione un soffio sincrono alla sistole cardiaca. Al sommo dell'ascella è pure percepibile detto soffio, ma non l'espirazione intercisa. A destra pressochè su tutta la proiezione sottoclavicolare tra la parasternale e la marginale dello sterno inspirazione ed espirazione ad intercisioni sincrone alla sistole. Nelle pause ad inspirazione forzata e prolungata soffio sistolico: il reperto ha il suo massimo di intensità acustica nel 2° spazio intercostale immediatamente a destra dello sterno. Il soffio in tempo sistolico in pausa inspiratoria è trasmesso anche al sommo dell'ascella destra per quanto meno intenso che nella fossa sottoclaveare e nella corrispondente regione di sinistra.

Anche sul manubrio dello sterno e sul tubo laringotracheale identico soffio: rumore respiratorio non interciso.

CASO III. — Tito Ch., 49 anni, contadino, da Villimpenta, degente da circa due mesi nei Padiglioni Belfiore, per tubercolosi polmonare.

Non pleurite nell'anamnesi, non altre malattie degne di nota. Da qualche inverno facili affezioni bronchiali, fattesi d'anno in anno più gravi.

E. O. — Tubercolosi fibrocaseosa grave, bilaterale. A sinistra segni di estesa connettivazione e retrazione del parenchima: fatti distruttivi nel lobo superiore. A destra lesione meno estesa ma nelle regioni apicale e sottoapicale, netti segni di distruzione del parenchima.

Il cuore spostato in toto verso sinistra (itto nel V spazio quasi sull'ascellare ant.): ipercinesi cardiaca, tachicardia costante e notevole (100-110 in apiressia). Nessun sintomo ascoltatorio cardiaco abnorme.

All'ascoltazione orale in pausa inspiratoria forzata e prolungata breve soffio cardiosistolico che si ascolta pure sulla laringe, sul manubrio dello sterno, e nel primo spazio intercostale immediatamente a destra dello sterno. Non si percepiva ascoltazione intercisa nè alla bocca, nè sul torace.

CASO IV. — Antonio C., anni 29, da Castelbelforte, ebbe pleurite secca all'inizio di quest'anno. Venne al mio ambulatorio nell'agosto scorso perchè da qualche mese tormentato da tosse con scarso espettorato.

All'esame oggettivo del torace riscontrai i segni di una infiltrazione delle zone apicali e sottoapicali del polmone destro con diffusa partecipazione pleurica. Al cuore nessun segno di lesione organica: sintomi di eretismo cardiaco. All'ascoltazione orale in posizione di massima inspirazione volontariamente protratta, a bocca aperta, soffio cardiosistolico.

Identico reperto sul tubo laringo-tracheale; sul manubrio dello sterno e nel primo spazio intercostale d'ambo i lati tra la parasternale e la marginale destra dello sterno. Su tutta la proiezione anteriore del polmone destro e sull'area precordiale fruscii pleurici inspiratori ed espiratori. Mai vere e proprie intercisioni.

***

I tre primi casi come forma clinica presentano parecchi punti di contatto: antiche ed estese lesioni cavitarie tubercolari del polmone con vasta connettivazione pericavitaria, con forte reazione pleurica e pericardica, con retrazione degli organi endotoracici tale da determinare un notevolissimo spostamento del cuore e dei grossi vasi. Eretismo cardiaco: meiocardia. Il quarto caso si distacca invece dagli altri: esso presentava lesioni polmonari iniziali, ma vasta compromissione pleurica. L'eretismo cardiaco benchè meno intenso che nei tre altri malati, era tuttavia nettamente rilevabile.

Dal punto di vista che particolarmente ci interessa credo però che tutti quattro rientrino nella stessa categoria del caso descritto dal Frugoni.

Anche se detto caso presentava soltanto lesioni dell'apparato circolatorio ad apparato polmonare integro, mentre i miei quattro casi erano malati dell'apparato respiratorio, a cuore soltanto secondariamente e non intensamente compromesso, il meccanismo patogenetico della sintomatologia orale era certo a genesi circolatoria e dovuto secondo ogni verosimiglianza a risucchio inspiratorio per polso toracico negativo. Ce lo dimostra oltre al sincronismo del soffio e rispettivamente delle intercisioni espiratorie con la sistole cardiaca, il carattere stesso del soffio che in tutti ricordava una breve e rapida aspirazione, un risucchio inspiratorio e le caratteristiche presentate dalla sintomatologia cardiaca.

Ma su alcune altre particolarità mi sembra opportuno soffermarmi.

In uno solo dei miei casi, il primo, si poteva percepire alla bocca l'intercisione cardiosistolica del rumore espiratorio.

In tutti quattro invece si ascoltava più o meno nettamente il soffio orale durante la pausa volontariamente prolungata in acme inspiratoria.

Credo che questo costituisca il più opportuno modo di rilevare anche i più brevi e meno intensi rumori di soffio da risucchio inspiratorio. Prima di tutto facendo compiere una profonda inspirazione a bocca aperta e facendo trattenere il respiro all'acme di detta profonda inspirazione, è più facile e più frequente che il malato tenga aperta la glottide, condizione questa indispensabile perchè si percepisca il soffio orale: secondariamente in tale atteggiamento la colonna d'aria entro l'albero respiratorio è ferma non sottoposta alle forze attive della inspirazione e della espirazione e perciò più facilmente influenzata anche dai minimi squilibri di pressione che in essa si verifichino.

Infine durante la pausa la mancanza di ogni altro rumore favorisce la percezione acustica del soffio.

Soltanto quando il risucchio sia particolarmente forte potrà giungere come nel primo dei nostri casi a vincere le forze espiratorie ed a determinare alla bocca l'espirazione intercisa.

Nel primo dei nostri casi il soffio orale era come dicemmo doppio: si ascoltava un soffio lungo cardiosistolico seguito da uno brevissimo cardiodiastolico. In questo caso specialmente io ho rimpianto l'esiguità dei mezzi di indagine messi a mia disposizione e l'impossibilità di poter istituire ricerche grafiche.

Se è vero che il soffio cardiosistolico corrisponde ad un risucchio inspiratorio determinato dalla diminuzione di volume del cuore durante la sistole, il soffio diastolico deve corrispondere ad un fatto opposto, ad un buffo espiratorio cioè determinato dall'aumento di volume del cuore durante la diastole.

In tutti i casi l'ascoltazione sul tubo laringo-tracheale e sul manubrio dello sterno permetteva di rilevare un reperto identico a quello che si percepiva alla bocca.

Le sedi toraciche di ascoltazione del soffio cardiodiastolico corrispondevano alle regioni immediatamente vicine al tubo laringo-tracheale (I-II spazio intercostale immediatamente all'infuori del margine sternale) e in due casi (I e II) a quei punti del torace dove erano più evidenti i segni di cavità. Ivi infatti, come nella colonna d'aria tracheale, può trovare particolari condizioni di risonanza il rumore di una breve e rapidissima inspirazione quale è quella determinata dalla cospicua meiocardia e *favorita dalle aderenze cardio-angio-polmonari, presenti in tutti i nostri casi.*

Insisto su questo rilievo delle vaste aderenze cardio-polmonari e delle ampie cavità in vicinanza delle aderenze stesse in quanto che credo che anche senza una cospicua meiocardia, e forse anche a cinesi cardiaca pressochè normale, dette alterazioni in ispecie quando esistano contemporaneamente possono provocare la comparsa del soffio orale da risucchio inspiratorio cardiosistolico.

Ci si rende così ragione anche della relativa frequenza del soffio orale cardiosistolico nei tubercolosi polmonari: in essi infatti le tre condizioni essenziali alla comparsa del sintomo (ipercinesi cardiaca, aderenze pleuro-pericardiche, e caverne) sono spesso contemporaneamente presenti.

In due dei nostri malati (il I ed il II) e nelle stesse zone nelle quali si percepiva in acme inspiratoria protratta, il soffio cardiosistolico si rilevava anche il reperto descritto per la prima volta dal Petteruti, l'intercisione sistolica del rumore respiratorio al torace.

Si dovrebbe perciò concludere alla identità dei due fenomeni di Galvagni e di Petteruti. Mi sembra però più esatto dire che le stesse condizioni cardiache e polmonari favoriscano sì l'uno che l'altro sintomo. I due sintomi non si manifestano però sempre necessariamente uniti potendosi l'intercisione sistolica dell'exspirium udire soltanto alla bocca quandó sia dovuta a meiocardia e quando non esistano entro il parenchima polmonare cavità in diretta comunicazione col tubo laringo-tracheale, ed in sufficiente vicinanza alla parete toracica; e potendosi al contrario ascoltare soltanto al torace quando più che da un'alterazione generale del meccanismo cardio-vasale, dipendano da circoscritte alterazioni dei rapporti (aderenze pleuro-pericardiche) tra apparato circolatorio e respiratorio, capaci di determinare l'intercisione in una circoscritta zona di polmone, ma non in modo così intenso da trasmetterla per l'albero bronchiale alla trachea ed alla bocca.

Dicemmo che ci sembra giustificata l'inclusione dei nostri quattro casi nella stessa categoria del caso di Frugoni: soffio orale cardiosistolico e rispettivamente espirazione cardiosistolicamente intercisa, da risucchio inspiratorio per polso toracico negativo: determinato da cospicua meiocardia, favorito nei nostri casi dalla esistenza di estese aderenze cardio-

polmonari e dalle vaste caverne tubercolari in comunicazione con la colonna d'aria tracheale e con la bocca.

Non si nega con ciò la possibilità di altra genesi del soffio orale cardiosistolico. Anche se non è più possibile accettare l'opinione del Drummond, che descrisse il soffio orale come patognomonico dell'aneurisma aortico, si deve però ammettere la possibilità che anzichè da risucchio inspiratorio esso possa essere determinato da un buffo espiratorio sincrono alla sistole cardiaca. Tali erano i casi descritti dal Bozzolo, dal Siciliano: casi di aneurisma dell'aorta in diretto contatto con un grosso bronco o con la trachea, ove ad ogni dilatazione sistolica dalla sacca aneurismatica si esercitava sulle dette grandi vie aeree una ritmica compressione.

Ed a me sembra anche che non si possa *a priori* negare la possibilità che rumori cardiotoracici originantisi in vicinanza di grosse vie aeree o di caverne (soffi aneurismatici, rumori da stenosi vasale, rumori pleuro-pericardici) possano essere percepiti alla bocca, trasmessi e rinforzati traverso la colonna d'aria laringo-tracheale. Ciò che avviene pei rantoli che pur non essendo percepiti al torace ci si palesano talvolta col rantolo orale, può avvenire certo a qualunque altro rumore endotoracico. Credo però che si dovrà trattare sempre di casi rari.

Nella maggior parte dei casi il soffio orale cardiosistolico è dovuto ad uno spostamento d'aria in senso *espiratorio* od in senso *inspiratorio* nel tubo laringo-tracheale.

Sarà ad ogni modo necessario per poter recisamente negare in ogni caso singolo questo meccanismo patogenetico (che d'altronde è l'unico graficamente dimostrato) fare del caso stesso anche l'indagine grafica, la sola a parer nostro che nei casi dubbi possa dare gli indispensabili elementi di giudizio.

BIBLIOGRAFIA.

1. BINETTI. Gazz. Osp. e Clin., 1901, n. 96.
2. BINETTI. Idem, 1905, n. 13.
3. BORELLI, Policlinico, Sez. pratica, 1920, n. 30.
4. BOZZOLO. Atti XII Congr. Associaz. Med. Ital., 1887.
5. CAMPANI. Riv. crit. Clin. Med., 1904, numero 49-50.
6. IDEM. Rif. Med., 1917, n. 4.
7. CAVAZZANI e GUIDI. Riv. crit. Clin. medica, 1901, n. 51.
8. CHEESMANN, cit. da Galvagni.
9. CYBULSKI. Münch. med. Woch., 1902, n. 44.
10. FISCHER. Idem, 1903, n. 19.
11. FRUGONI. Riv. crit. Clin. med., 1914.
12. GALVAGNI. Bullett. Scienze med., 1875.
13. IDEM. Mediz Jahrb., 1873, n. 3.
14. GALVAGNI. Gazz. Osped. e Clin., 1897, n. 145.
15. IDEM. Clin. Med. Ital., 1904, n. 6.
16. GÉNAIRON. Thèse de Lyon, 1905.
17. GERINI. Riv. crit. Clin. med., 1912, n. 25-26.
18. HAMBURGER. Wien. klin. Woch., 1920, n. 11.
19. MONARI. Arch. Ital. Clin. med., 1896, n. 3.
20. NOTARI. Gazz. Osped. e Clin., 1917, n. 54.
21. PETTERUTI. I Congr. Med. Int., 1888.
22. PIORRY. *Traité de diagnostique et de séméiologie.* — Bruxelles, 1837, pag. 141-142.
23. REMOUCHANS. Sem. Méd., 1903, n. 48.
24. SCHRÖTTER. Nothnagels Handb., 1899, pag. 220. (*Erkrank d. Gefässe*).
25. SICILIANO. Clin. Med. Ital. 1903, n. 9.
26. IDEM. Riv. crit. Clin. med., 1905, n. 15-16.
27. TAKATA. Berl. klin. Woch., 1902, n. 2.
28. TOGNETTI. Clin. Med. Ital., 1900, n. 10.
29. VEILLARD. Rev. Med. Suisse Rom., 1904.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Sull'azione terapeutica dell'ouabaina.

Nota preventiva.

Dott. P. F. ZUCCÒLA, primario e docente.

L'*ouabaina*, nome che incomincia a correre con qualche frequenza i periodici di medicina, è un glucoside estratto da una pianta delle montagne della Somalia e sulla quale incerte sono le opinioni dei botanici almeno per quanto riguarda il genere al quale essa appartiene, pur essendo per buona parte concordi nel classificarla fra la grande famiglia delle apocinee. Secondo alcuni, essa sarebbe una varietà dello *strofantus gratus;* secondo altri, per analogia dei legni, potrebbe collocarsi nel genere *Carissa*, essendo per alcune proprietà strutturali simile alla *C. abissinica* (*C. Schimperi*), alla *C. Carandas* dell'India (Linneo) ed alla *C. dell'Isola di Borbone;* per altri infine — essendo i rami sprovvisti di spine — andrebbe nel genere *Acokantera* (*A. Ouabaio* di Franchet e Poisson; *A. Schimperi* di Hanburg; *A. Deflersii* di Schwann).

Che essa contenga un principio di azione medicamentosa e tossica era da parecchio noto poichè i Somali col legno dei rami formano dei bicchieri che come quelli della quassia, comunicano un sapore amarognolo all'acqua e sono ricercatissimi per guarire alcuni disturbi dell'apparato digerente; e coll'estratto acquoso avvelenano le loro freccie essendo esso altamente tossico (ad azione prevalentemente bulbo-midollare e cardio-vascolare), determinando sintomi analoghi a quelli provocati dalla strofantina.

Dal legno dell'ouabaio si ricava una sostanza cristallina chiamata ouabaina, alla quale alcuni (Arnaud) assegnano la formula greg-

gia $C^{30} H^{46} O^{13} + H^2 O$ e considerano omologa della strofantina: $C^{31} H^{48} O^{12}$ (secondo altri $C^{40} H^{56} O^{15} + 3 H^2 O$) estratta dallo strofantus Kombè; altri (Berthelot) al contrario come identica all'ineina (g-strofantina) estratta da Catillon dallo Str. gratus (str. del Gabon o glabro) con formula $C^{30} H^{46} O^{12}$. In ogni modo con questa essenziale differenza che essa è estratta dal legno mentre manca nei semi, al contrario appunto di quanto è per lo strofanto.

L'alcaloide è costituito da lamelle rettangolari incolori brillanti solubili a 8° in 150 parti d'acqua od in 27 di alcool all'85 %; cristallizza con 7 parti d'acqua e per alcune particolarità chimiche differisce dalle strofantine riconosciute dalle varie farmacopee.

La strofantina estratta dallo *strofanto Kombè* (k-strofantina = $C^{40} H^{56} O^{15} + 3 H^2 O$) è una polvere cristallina, bianca, che con $H^2 SO^4$ concentrato si colora in verde smeraldo e per azione degli acidi diluiti dà *k-strofantidina* ed un glicone particolare: l'*etere metilico dello strofanto-biosico.*

La strofantina estratta dallo *strofantus gratus* (g-strofantina = $C^{30} H^{46} O^{19} + 9 H^2O$) cristallizza in scaglie lucide, con l'acido solforico si colora in rosso e per acidi diluiti dà *g-strofantidina e ramnosio.*

Quella estratta dallo *strofantus ispidus* (h-strofantina o pseudostrofantina = $C^{31} H^{48} O^{12}$) è una polvere amorfa giallastra che viene colorata intensamente in rosso dall'acido solforico concentrato e per azione degli acidi diluiti si scinde in *h-strofantidina e ramnosio.*

L'ouabaina secondo qualche A. sarebbe identica alla g-strofantina se non che essa per idrolisi si scinde in ramnosio e resina e con acido solforico non si colora in rosso, ma dà una colorazione giallo-verdognola (Zuccòla).

Dal che si vede come anche dal lato strettamente chimico l'alcaloide non abbia ancora trovato una giusta sistemazione fra i tanti affini o simili chimicamente e farmacologicamente.

***

Fino a qualche anno fa si avevano pochissime e schematiche notizie sul valore terapeutico della ouabaina: secondo Plancon essa è assai più tossica della strofantina e secondo Bardet cardiocinetico dannoso anche alla dose di un decimo di milligrammo; se non che in questi ultimi tempi su tali concetti si è ritornato con tendenze a considerarla un rimedio che in determinate circostanze può riuscire veramente utile e con indicazioni nettamente differenti da quella dei comuni cardiocinetici, in specie della digitale e suoi derivati. Poichè mentre questi agiscono sopratutto sulla conducibilità del miocardio prolungando la diastole in modo da favorire il riempimento delle cavità ventricolari, essa per converso agisce ristabilendone la tonicità e la contrattilità.

È notorio che certe condizioni di insufficienza cardiaca con dilatazione acuta dei ventricoli e tendenza al ritmo bigemino non vengono influenzati dalla digitale o lo sono in modo infausto (Vaquez, Merklen, Potain, Huchard): poichè l'azione di questa esplicandosi tutta sulla funzione cronotropa e dromotropa e non sul tono e sulla contrattilità, può esagerare la tendenza al ritmo bigemino. L'ouabaina al contrario non agendo, o solo debolmente, sul ritmo, ma rapidamente sulla tonicità del miocardio, mette questo in condizioni di poter reagire ai preparati digitalici.

Questa sarebbe l'indicazione elettiva dell'ouabaina nei confronti degli altri cardiocinetici.

Circa la modalità di somministrazione, essa deve farsi per iniezione endovenosa: Vaquez raccomanda di praticare quattro iniezioni endovenose ogni 24 ore e precisamente la prima di un quarto di milligrammo, le altre di mezzo; secondo Pagliano, le dosi iniziali possono variare da un quarto a mezzo milligrammo in 2 cmc. di acqua, ripetendole anche parecchi giorni di seguito, avendo cura di preparare l'ammalato mediante un salasso più o meno copioso, mantenendolo durante la cura in riposo assoluto, a dieta lattea o latteo-vegetariana e di più somministrando una piccola dose di teobromina (un grammo ogni 24 ore).

***

Io ho esperimentato l'azione dell'ouabaina in dodici soggetti con insufficienza acuta del cuore secondaria a lesioni mitraliche o aortiche, a cardiosclerosi, a malattie infettive, ecc. Il rimedio venne sempre somministrato per via endovenosa incominciando da un quarto o da mezzo milligrammo e ripetendo eventualmente l'iniezione in modo da impiegare complessivamente nelle 24 ore, e quando ne era il caso, anche per parecchi giorni consecutivi, un milligrammo. Qualche volta, in forme non molto gravi, ad ottenere risultati tangibili fu sufficiente una sola iniezione di mezzo milligrammo nelle 24 ore.

Secondo la mia personale esperienza in genere, già poche ore dopo la prima iniezione, si ha un aumento della pressione, particolarmente di quella minima: così ho visto in alcuni casi questa elevarsi da 55, 60, 80, rispettivamente a 70, 85, 100; per contro quella massima non subire quasi mai un proporzionale rialzo:

conseguenza della cura è quindi una diminuzione costante o quasi della pressione differenziale. In rari casi poi non si ottenne alcuna variazione od una variazione insignificante della pressione massima, solo di quella minima. Così in due casi le pressioni massima e minima inizialmente di 105 e 70 (p. d. = 35) e di 115 e 85 (p. d. = 30) dopo l'iniezione di un milligrammo e di un milligrammo e mezzo di ouabaina si portarono a 115 e 95 (p. d. = 20) ed a 120 e 100 (p. d. = 10).

Correlativamente all'aumentare della pressione diminuisce il numero delle pulsazioni, la diuresi si fa più abbondante migliorando nello stesso tempo tanto i sintomi oggettivi che soggettivi.

Risultati particolarmente buoni ho ottenuto in casi di insufficienza acuta del cuore con compartecipazione della cavità destra ed incipiente edema polmonare come complicazione di vizi mitralici, e di malattie infettive (pneumonite) o croniche discrasiche (cirrosi epatica).

In tre casi di miocardite, in due casi di pneumonite influenzale, in un caso di cardiosclerosi nei quali si era dimostrata inefficace la cura digitalica, ho avuto ottimi risultati; in altri due casi di miocardite (in uno di insufficienza grave totale per vizio doppio mitralico, in un altro di cardiosclerosi con miocardite ed accessi anginosi), dopo tre giorni di cura (complessivamente con 6 iniezioni di mezzo milligrammo di ouabaina), pur non essendosi ottenuti risultati apprezzabili, passato in un secondo tempo ad una cura con digitale (che in un primo tempo si era dimostrata inattiva) ottenni un miglioramento veramente notevole. Coll'ouabaina sola od anche associata alla digitale ed alla diuretina non ho ottenuto risultati in casi di lesioni gravi con cachessia ed edemi imponenti generalizzati anche facendo precedere all'uso del medicamento un generoso salasso, somministrando purganti drastici e sottoponendo il paziente ad una dieta idrica ridottissima.

Ho avuto fenomeni di intolleranza gravi; un esaltamento dei disturbi cardiaci, vomiti ripetuti infrenabili, diarrea, aggravamento dello stato generale, in due casi di cardiopatia con lesioni croniche gravi dei reni (nefrite interstiziale), in altri due affetti l'uno da cardiosclerosi e da miocardite cronica senza fenomeni gravi di scompenso, l'altro con miocardite ed aneurisma aortico senza complicazioni renali, i disturbi determinati già dalla prima iniezione di un quarto di milligrammo furono tali che non si credette di poter insistere oltre nei tentativi. Per contro in due cardiaci, l'uno con nefrite cronica parenchimatosa, l'altro con nefrite cronica interstiziale riacutizzata ed entrambi con notevole quantità di albumina nelle orine: rispettivamente 5 ‰ e 2 ‰: (condizioni che secondo qualche autore ne controindicherebbero l'uso) la cura anche protratta è stata ottimamente tollerata.

Nel complesso i risultati da me ottenuti non sono sostanzialmente dissimili da quelli ottenuti da quegli A.A. che finora si sono occupati dell'argomento (Vaquez, Arnaud, Esmein, Lenclos, Lutembacher, Pagliano). Il rimedio è veramente efficace in casi di deficiente tonicità del miocardio quando il sussidio degli altri cardiocinetici viene a mancare, il suo uso va però sorvegliato variando la tolleranza, ed in modo non indifferente, da individuo ad individuo, potendo, anche a dosi limitatissime, determinare fenomeni generali veramente imponenti. Non è una controindicazione assoluta al suo uso l'albuminuria come esponente di una complicanza renale (Lenclos), piuttosto occorrerà in tal caso tener conto della funzione renale nel suo complesso: nella capacità di eliminazione e di concentrazione del rene.

In ogni modo sarà prudenza tener conto all'inizio della cura della pressione minima: se essa è tale che la pressione differenziale sia bassa, è opportuno diminuire il carico del cuore con un generoso salasso per evitarne la tetanizzazione. Nei casi in cui ho ottenuto un peggioramento della funzionalità cardiaca in tre (di cui due con nefrite interstiziale) la pressione minima era più alta della norma (rispettivamente di 115 e di 110, con pressioni differenziali uguale a 15 e 10, in uno di poco inferiore: 95-100 con pressione differenziale uguale a 15-20.

Nel suo complesso quindi l'azione dell'ouabaina può essere ritenuta identica a quella della strofantina: come questa difatti esplica la sua azione elevando la tonicità del miocardio e rendendo possibile in un secondo tempo la terapia digitalica (Vulpian, Pelican, Vaquez, Fraser, Lecomte, Potain, Merklen, Houchard, Lutembacher). La sua azione forse è più pronta.

Con tutto ciò pur non credendo di condividere l'incondizionato entusiasmo di quanti affermano la sua assoluta innocuità e la mancanza di un'azione cumulativa (nei pazienti nei quali ho dovuto sospendere l'uso del rimedio i sintomi di intolleranza comparsi già dopo la prima iniezione andarono aggravandosi colle successive) sotto certi punti di vista ed in determinate condizioni l'ouabaina può essere considerata superiore per efficacia alla strofantina.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di sifiloma iniziale della tonsilla palatina.

Dott. DOMENICO MASELLI,
Assistente negli Ospedali di Roma.

La tonsilla palatina è ritenuta da non pochi trattatisti come localizzazione tutt'altro che frequente di una affezione sifilitica primaria. Se è pur vero che la gola in genere, e le tonsille ed il palato molle in particolare, sono luogo di predilezione di manifestazioni sifilitiche secondarie (placche mucose) e terziarie, il giudicare come casi affatto eccezionali quelli che riguardano le sifilosclerosi iniziali non corrisponde a realtà. Questa presunzione è tra le più d'annose: il caso di cui riferirò si presta in modo particolare a dimostrare come potrebbero sfuggire alla diagnosi sifilidi primarie delle tonsille e passare sotto altra etichetta.

« Non v'è anno, dice Dieulafoy, che io non vegga nella mia sala all'Hôtel-Dieu, quattro o cinque casi di ulcera sifilitica primaria della tonsilla ».

Fournier è dello stesso avviso sulla frequenza di questa sede extragenitale dell'ulcera sifilitica.

È per queste ragioni, perchè cioè la mente del medico esercente possa, in contingenze del genere, esser richiamata al pensiero di una lue più spesso che non faccia, e perchè il caso in specie offre materia per considerazioni di ordine diagnostico e sociale che io ritengo utile pubblicarlo.

N. N. di anni 25, da Roma, virgo, si ammala il 20 dicembre 1920 con « mal di gola » consistente in senso di secchezza e di vellichio dolorosi al faringe, dolore nella deglutizione, febbre modica (37°.5, 38° C). L'inferma cura da sè nei primi giorni il proprio « piccolo raffreddore di gola » con colluttori di acqua ossigenata e con qualche cartina di aspirina. Chiama il medico quando nessun giovamento vede determinarsi dalla terapia adottata, perchè la voce era divenuta anginosa ed a sinistra del collo, nella regione carotidea, era comparsa in 5ª, 6ª giornata, una tumefazione alquanto dolente alla pressione e nei movimenti del collo. La febbre aveva subìto un improvviso rialzo a 38,8 C.; la tumefazione del collo era divenuta più notevole e più dolente; si era aggiunto un molesto e talvolta vivo dolore all'orecchio sinistro; ma tormentava sopratutto l'inferma un noioso mal di capo che appariva con spiccata costanza « non appena calava il sole, perdurava e diveniva più forte nella notte » (sic). Minzione ed alvo normali.

La paziente viene da me visitata ai primi di gennaio, circa dodici gg. dall'inizio della malattia. Nell'anamnesi dell'inferma era da notare null'altro all'infuori di una scarlattina decorsa senza complicanze di sorta e sofferta un anno addietro. Condizioni generali ottime. I disturbi di cui la paziente si lamentava al momento dell'osservazione medica, erano piuttosto lievi. Eppure l'esame della gola mostrava: la tonsilla di s., ed *essa sola*, notevolmente ingrossata ed arrossata; i tessuti peritonsillari tumefatti in alto grado, edematosi, di colorito rosso-cianotico, con vasi iniettati; tutta la parte mediale della amigdala coperta da un essudato bianco grigiastro, polposo, spesso, che lasciava allo scoperto in qualche punto una ulcerazione della tonsilla a margini piuttosto netti e rilevati di tessuto tonsillare, ulcerazione che invadeva in parte il pilastro anteriore disteso.

L'ugola, appena iperemica, era spostata a d. della linea mediana; la tonsilla del lato opposto, il faringe, alquanto arrossati: il resto della cavità boccale integro; nessun cattivo odore dell'alito. La parete laterale s. del faringe era anch'essa tumefatta e sollevata in piccole prominenze nodulari ulcerate in superficie e ricoperte da essudato. Con una pinza si cerca di asportare le pseudomembrane che vengon via con una certa facilità; esse hanno l'aspetto di detriti più che di membrane e sono inodori.

Si mette così allo scoperto una ulcerazione grande quanto un centesimo, profonda, anfrattuosa, con fondo di colorito roseo-grigiastro appena sanguinante.

Alla palpazione i margini e la base dell'ulcera si percepiscono duri.

Le ghiandole della regione latero-cervicale s. deformano la parte, sollevandola sensibilmente; la pelle che le ricopre è integra, di colorito normale, non calda, non edematosa, non aderente; una ghiandola, di consistenza duro-elastica, grande quanto un uovo di piccione e spiccatamente dolente, è circondata da altre ghiandole più piccole (5 o 6) duro-elastiche, niente sensibili, ben distinte, non deformate, spostabili. L'esame obiettivo generale della paziente è negativo completamente.

La diagnosi clinica di siffatta affezione si presentava non facilissima. Ad ogni modo erano subito da escludere e per il decorso e per la unilateralità e l'aspetto delle lesioni le comuni angine rosse. Sopratutto la unilateralità dell'affezione, già datante da tempo, e poi la spessezza, i caratteri dell'intonaco, la sua facile distaccabilità, facevano pensare assai poco alla possibilità di una angina difterica. Per i fattori anamnestici ed il reperto endoscopico non potevano entrare in discussione quasi tutte le altre e più frequenti angine bianche acute.

L'edema e la notevole tumefazione peritonsillare, l'improvviso rialzo febbrile, la difficoltà all'aprire la bocca, la tumefazione acuta delle gh. linfatiche già ingrossatesi, però, in modo subdolo e silenzioso precedentemente, potevano far pensare ad un flemmone peritonsillare. Ma ciò non era tutta la malattia. Tutta la malattia andava invece sintetizzata in questa precisa sintomatologia: su *una* tonsilla, notevolmente ingrandita ed infiammata, esisteva da circa dodici gg. *una ulcerazione a base e margini duri*, che in complesso aveva dato pochi e lievi disturbi locali e generali e che si era *accompagnata, in 5ª, 6ª giornata, ad una linfoadenite omolaterocervicale stabilitasi in sulle prime quasi del tutto silenziosamente.*

Due possibilità diagnostiche si imponevano: che potesse trattarsi di una angina ulceromembranosa di Vincent o di un sifiloma iniziale. Sebbene molto parlasse a favore di quest'ultima ipotesi pur tuttavia non era possibile così senz'altro, concludere in modo definitivo.

Un esame dell'intonaco tonsillare fatto praticare il giorno dopo da un batteriologo provetto dà: « streptococchi e stafilococchi; bacilli fusiformi e spirilli in scarso numero; il reperto è sufficiente e caratteristico per diagnosticare un'angina di Vincent ».

Dinanzi a siffatta risposta, l'animo del medico doveva tranquillizzarsi e rallegrarsi di non aver avuto l'imprudenza di far trapelare alla famiglia il suo sospetto. Perchè è pur vero che assai spesso la mente del medico è, in clientela privata, deviata dalla comune freddezza indagatrice da un complesso di condizioni che gli rendono ben ardua e difficile la via, specie quando abbia a che fare, come nel caso, con signorine appartenenti ad una categoria sociale elevata.

Nell'attesa dell'esame del sangue per una W. R. (alla quale già si stava rinunziando in vista del reperto batterioscopico, ma che io invece richiedevo insistentemente non sapendo ancora del tutto rinunziare ad ogni dubbio), pratico una iniezione endovenosa di 0,15 di novoarsenobenzolo Billon « per combattere l'angina di Vincent ».

All'iniezione, fatta con tecnica precisa (malata *a letto*, spinta lenta del liquido, ecc.) e con adatta preparazione dell'inferma (digiuno, ingestione di bicarbonato; adrenalina e caffè poco prima dell'iniezione) non segue nessun accidente immediato; ma alla sera si ha una reazione piuttosto violenta consistente in brivido intenso, nausea, cefalea e senso di calore alla testa, febbre a 39°.8 C., aumento della disfagia e del dolore di gola. Tutto ritorna alla norma al mattino; la paziente si sente bene, ma il suo corpo è ricoperto dalla più tipica delle roseole sifilitiche; la mucosa delle guancie, il faringe, i bordi della lingua, son pieni di placche mucose. Nessun ubbio più sulla diagnosi fermamente sospettata e che una reazione di Herxheimer aveva posto in piena evidenza. Si consulta un maestro di sifilografia perchè la famiglia si convinca del caso... ed il medico non abbia ad aver dispiaceri per la diagnosi fatta.

La W. R. eseguita da persona provetta e secondo il metodo originale, riesce positiva, completa.

Qual'è l'interesse del caso?

L'interesse del caso è questo: esso serve a « rammentare » che dinanzi a lesioni di *una* tonsilla, in specie se a tipo ulcerose, ed in particolare se accompagnate ad una scarsa sintomatologia locale, bisogna sempre pensare ad una lue ed ogni segno ha da essere ricercato e vagliato. Che il medico dinanzi ad una simile possibilità non debba rinunciare ad ogni dubbio se non quando l'esame continuo e minuzioso, sopratutto, dell'infermo, la disamina giudiziosa dei sintomi ed i reperti di laboratorio, ricerca della spirocheta pallida, W. R., ecc.), parlino contro un'affezione luetica ed in modo del tutto sicuro. Che il reperto di bacilli fusiformi e di « spirilli » non è di per sè solo sufficiente a dirimere dubbi, così come il reperto di streptobacilli del Ducrey in un'ulcera genitale di sospetta natura. Che una W. R. positiva debba far fortemente propendere per una infezione luetica poichè essa va ascritta fra i segni probativi di grandissimo valore. Che le forme citate di angina di Vincent pure con W. R. positiva debbono essere forse ritenute come non sottoposte ad interpretazioni completamente giuste e rigorose.

E spendo in ultimo una parola intorno all'utilità che la prova terapeutica può fornire in questi casi. Se è vero che il novarsenobenzolo nel caso da me riferito ha reso più manifesta e di una lampante chiarezza la diagnosi, non è detto che debba sempre così accadere, così come non è detto che ciò sia bene che accada; tutt'altro. Il più spesso può avvenire proprio l'opposto: ed è questa contraria evenienza che è perniciosa. I fenomeni notati in genere migliorano già dopo la prima iniezione endovenosa di arsenobenzoli, poichè questi giovano egregiamente nella angina di Vincent; alla seconda son quasi scomparsi ed alla terza il processo è finito. Tutto ciò sia per una benefica azione del novoarsenobenzolo, sia perchè le lesioni locali possono esaurirsi spontaneamente durante la terapia. Che di spiccatamente diverso nella maggior parte delle manifestazioni sifilitiche primarie trattate in egual maniera? Allora: il reperto batterioscopico ha dimostrato bacilli fusiformi e spirilli: la cura arsenobenzolica ha fatto detergere la ulcerazione e ridurre quasi del tutto il bubbone consensuale; dunque si è trattato di un'angina di Vincent pura ed il risultato terapeutico è stato brillante! E si è lasciato invece in balìa di uno spirocheta terribile nascostosi dietro il più mite spirillo di Vincent un individuo che ha avuto in tutto, per cura della sua sifilide, nell'avvenire per sempre ignorata, meno di un grammo di novoarsenobenzolo, e di novoarsenobenzolo soltanto!

Che se il novoarsenobenzolo si volesse o si fosse subito usato, varrebbe sempre la pena in casi dubbi con W. R. precedentemente negativa di ripetere la prova più volte entro l'anno, applicando i moderni concetti di terapia e di rivelazione delle manifestazioni sifilitiche di difficilissima diagnosi.

Miglior cosa a me pare invece sia quella di ricorrere più che agli arsenobenzoli ai preparati mercuriali: qualora si voglia iniziare subito una cura, poichè è sempre opportuno di

non stare a perdere del tempo prezioso ed aspettare i segni di una sifilide certa (è meglio però, nella peggiore delle ipotesi, attender questi e ricercarli piuttosto che abbandonare leggermente al destino l'infermo) ed ottenere insieme una risposta dal criterio terapeutico, si pratichi piuttosto una iniezione di calomelano al 0,10 %; se dinanzi ad una ulcerazione datante già da un certo tempo e fino ad allora invariata, o tendente anzi ad estendersi, si noti invece un manifesto e rapido miglioramento si diagnostichi una lue, si curi per questa l'infermo, lo si sorvegli continuamente, si persista negli accertamenti diagnostici e si applichino gli opportuni provvedimenti di profilassi per gli altri.

Tutto ciò, s'intende, non a caso; ma quando si trovi una giustificazione nei dati clinici che, se ben raccolti e ben vagliati, costituiscono sempre il più sicuro indirizzo anche per chi non abbia a vantare tanta esperienza da poter sperare di saper ritrovare, nel dedalo delle forme anormali e delle similari di ogni processo morboso, quelle caratteristiche che all'occhio ed alla mente esperta fanno talvolta porre con tanta sorprendente precisione la diagnosi giusta.

21 gennaio 1921.

Lesione luetica del cono midollare.

Dott. PIETRO DE TOMMASI.

È noto che l'ultima porzione del midollo spinale prende il nome di cono midollare, e che sebbene esistano ancora dei dubbi sul suo significato fisiologico, pure si ritiene — e il consenso su questo punto sembra generale — che in esso si trovino i centri vescico-rettali e quelli sessuali.

Nel cono si comprendono — la sua delimitazione macroscopica in alto è un po' arbitraria — i tre ultimi segmenti sacrali e il segmento coccigeo. All'esame microscopico si distingue, senza scendere in dettagli, per una diminuzione della sostanza bianca con prevalenza di quella grigia.

Le lesioni che lo colpiscono sono prevalentemente di natura traumatica; rare e non controllate sono quelle luetiche; nè pare si siano sinora osservati tumori localizzati esclusivamente in esso. Il quadro sintomatologico che ne risulta è costituito da disturbi vescicali (ritenzione) e rettali e da una zona di anestesia che comprende il pene, lo scroto, il perineo, la cute della regione anale, assumendo la forma cosiddetta a « brache di cavaliere ».

Negli ultimi anni si è riusciti per opera di diversi autori, a differenziare con sufficiente esattezza le lesioni del cono da quelle della coda equina.

La coda equina è formata, com'è ben noto, dalle radici del midollo lombo-sacrale, le quali prima di abbandonare lo speco rachidiano percorrono insieme, pur restando separate quelle sensitive dalle motrici, un tratto piuttosto lungo.

Le malattie della coda sono generalmente di natura neoplastica (sarcomi, carcinomi metastatici); rarissime le affezioni tubercolari e sifilitiche.

I segni differenziali indicati sono la rapida comparsa del quadro sintomatologico, l'assenza di fenomeni irritativi, la precocità dei fenomeni di *deficit* sensitivo, la bilateralità dei disturbi funzionali, lo stabilirsi in maniera acuta di disordini vescico-rettali in caso di lesione del cono; e viceversa la comparsa più lenta del quadro clinico, la presenza e prevalenza all'inizio dei fatti irritativi su quelli di *deficit* che sogliono in genere seguire, lo sviluppo graduale dei disturbi vescicali e rettali nelle lesioni della coda. Inoltre depone per un'affezione del cono il fatto che estendendosi il processo morboso in alto, nel midollo, la paralisi dei muscoli delle gambe e la scomparsa dei riflessi segue un ordine determinato, relativo a quello dei segmenti midollari interessati.

Questo, in riassunto, è quanto si legge nei trattati.

Ora ecco la mia osservazione, per alcuni lati importante.

A... F..., contadino, di anni 30, da Soriano nel Cimino. Niente di notevole dal lato ereditario. È cresciuto sano e non ebbe in precedenza a soffrire malattie degne di nota.

A vent'anni prese moglie ed ebbe due figli che godono attualmente ottima salute.

Chiamato, durante la guerra, alle armi, contrasse delle ulcere dichiarate dal medico militare di natura venerea e guarite rapidamente senza avere ulteriori disturbi.

Stette in seguito sempre bene.

Senonchè, tempo fa, tornato la sera, come al solito, dalla campagna e messosi a letto, avvertì durante la notte, all'improvviso, un senso di formicolio alla coscia sinistra e, secondo quanto afferma, una certa impossibilità a muoverla.

La mattina appresso chiamò il medico, che dovette siringarlo perchè non urinava e gli dovette far praticare un clistere per defecare.

In seguito a tali disturbi fu ricoverato nell'ospedale di Viterbo.

Esame obiettivo. — Individuo di costituzione piuttosto robusta; scheletro regolare; masse muscolari e pannicolo adiposo bene sviluppati.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare; niente nei diversi organi addominali.

Sistema nervoso. — Integri l'oculomozione e i movimenti facciali e linguali; normali i movimenti attivi e passivi del capo e degli arti superiori e inferiori.

Riflessi. — Presenti i riflessi tendinei degli arti superiori e quelli patellari; debole l'achilleo di sinistra; normali i riflessi delle pareti addominali, quelli plantari e il cremasterico; assente il riflesso anale.

Sensibilità. — Esisteva un'anestesia completa, tanto tattile che dolorifica e termica, del pene, della metà sinistra dello scroto e del perineo e della porzione sinistra della pelle che riveste il sacro e la regione anale; inoltre sulla faccia posteriore della coscia sinistra risultava una striscia di anestesia, pure completa, estesa dalla natica al cavo del poplite.

Il paziente presentava ritenzione d'urina e di feci; doveva essere siringato due volte al giorno e defecava dietro il clistere avvertendo poco o nulla il passaggio delle feci.

Reazione di Wassermann nel sangue positiva.

La puntura lombare non fu potuta eseguire per opposizione recisa da parte del paziente.

Cutireazione alla tubercolina negativa. Nelle urine assenza di albumina e di zucchero.

Dinanzi ad un quadro simile il problema da risolvere era costituito dalla sede e natura della lesione.

La sede? Gli elementi non mancavano per orizzontarsi quasi subito sulla localizzazione dell'affezione.

La comparsa rapida del quadro, l'assenza o meglio la fugacità e leggerezza dei fenomeni iniziali di irritazione sensitiva, la precocità e prevalenza dei fatti di *deficit*, parlavano in modo chiaro e direi preciso per una localizzazione del processo morboso nel cono midollare. Contro una tale sede deponevano l'elemento eziologico — mancava il trauma che, come si è detto, rappresenta la causa più frequente — e in certo qual modo l'unilateralità dei fatti anestetici. Ma è da osservare che l'unilateralità dell'anestesia poteva benissimo giustificarsi e spiegarsi colla natura della causa e con la sede della lesione, e che il trauma pur essendo il motivo più frequente dell'affezione del cono, non ne è certamente l'unico; vi sono, sebbene molto più rare, altre cause.

Queste considerazioni ci indussero a porre la sede dell'alterazione nel cono. Aggiungo che la esistenza, sulla faccia posteriore della coscia sinistra, di quella striscia di cute anestetica innervata, com'è noto, dalla 2ª radice sacrale, e l'indebolimento del riflesso achilleo sinistro facevano supporre che la lesione doveva estendersi anche verso il secondo segmento sacrale.

Restava, dopo questo, a stabilire la natura de l'affezione.

Risultava in maniera non dubbia la mancanza di qualsiasi elemento traumatico. Il paziente assicurava d'essere la sera, come al solito, ritornato tranquillo dal lavoro e d'essere andato a letto bene.

Escluso il trauma, non c'era da prendere in considerazione che un neoplasma e la lue.

Non era il caso di trarre in discussione l'evenienza di una localizzazione nel midollo sacrale di un iniziale processo di sclerosi multipla, e per quel che si sa su tali forme di sclerosi e per il quadro presentato dal nostro infermo.

Un tumore, dunque? Non occorre spendere troppe parole per dimostrare l'estrema rarità di tumori interessanti esclusivamente il cono: si afferma da diversi autori che sinora non è stato osservato un esempio di neoplasma limitato al solo cono.

Rimaneva, in ultimo, la sifilide. Anche questa è una causa rara di affezione del cono; ma l'esistenza di due elementi, e cioè le ulcere contratte durante il periodo militare, la reazione di Wassermann positiva nel sangue, orientavano la nostra mente verso questa causa.

Guidati da un tale ragionamento, praticammo subito una serie di dodici iniezioni di calomelano. Il risultato fu, si può dire, ottimo. Alla fine della cura il paziente non aveva più bisogno d'essere siringato; urinava e defecava da sè discretamente; la zona di anestesia era quasi scomparsa; restava un certo ottundimento della sensibilità verso il perineo; e però il paziente volle abbandonare l'ospedale.

Il criterio curativo venne così a rafforzare il nostro ragionamento e a convalidare la diagnosi.

Circa le alterazioni anatomo-patologiche probabilmente si sarà trattato di un processo di arterite.

L'osservazione mi è sembrata interessante per la rarità dell'etiologia e per la particolarità del quadro clinico.

Gennaio 1921.

DIVAGAZIONI.

Proposta di una modificazione nella nomenclatura medica. — I composti in -geno.

Che direbbe il lettore se io mi facessi uscire dalla penna l'espressione: sostanze antropofaghe, con l'intenzione di accennare ad alimenti, cioè a sostanze mangiate dall'uomo? Egli sarebbe preso non so se da riso o da meraviglia, e mi farebbe osservare, non senza una certa ilare compassione, che il suffisso -fago è ormai fissato nel significato di *mangiatore di* e non può venire adoperato nel senso di *mangiato da*; che in altri termini esso ha funzione attiva e non passiva; e infatti è detta sarcofago la cassa di pietra che si credeva mangiasse la carne, che si chiama geofago il mangiatore di terra e scatofago il mangiatore di sostanze anche più luride, che è detto onicofago chi si rode le unghie, e sono nominati osteofagi e neurofagi gli elementi cellulari che consumano il tessuto osseo e le cellule nervose; e così via. E non mancherebbe certo di farmi osservare che facendo uso dello stesso suffisso in due significati opposti si verrebbe a generare una grande confusione nel linguaggio e in ultimo anche nelle idee, perchè a parole poco precise corrispondono di necessità idee non troppo chiare.

Posso dunque anch'io permettermi di fare osservare al mio benigno lettore che la confusione che egli rimprovererebbe alla mia bizzarra innovazione egli è avvezzo a tollerarla ogni giorno nel dominio di un altro suffisso assai più diffuso di quello -fago, cioè di quello -geno; anzi nessuno, ch'io sappia, se n'è finora lamentato, come se essa fosse passata del tutto inosservata.

Infatti si parla e si scrive ogni giorno di germi patogeni cioè generatori di malattie, di sostanze epilettogene cioè generatrici di convulsioni epilettiche, e così via; come si parla anche di atrofie muscolari artrogene (originate da malattie articolari), di epilessia sifilogena (derivata da sifilide), di diabete neurogeno (originato da disturbi nervosi), di paralisi psicogene (originate da cause psichiche). A rifletterci un po' su, il caso non è affatto diverso da quello delle sostanze antropofaghe che fa tanto giustamente ridere o sorridere. Si tratta anche qui di un suffisso che, consacrato dall'uso nel significato attivo, viene da un certo tempo cominciato ad adoperare anche nel significato passivo, con la inevitabile confusione.

Sarebbe vivamente desiderabile riserbare al suffisso *-geno* solo la funzione attiva, che esso mostra costantemente nei composti più antichi e resi ormai intangibili dall'uso (ossigeno, idrogeno, alogeni, cianogeno, ecc.). Si riuscirebbe assai agevolmente allo scopo modificando il suffisso in *-gono* per le forme passive che sono ancora abbastanza recenti e quindi non consacrate alla intangibilità da un uso secolare, e il cui numero non costituisce ancora legione. Mutando il suffisso ad una ventina di parole entrate nell'uso solo da qualche decennio e adottando, per le parole che si formeranno in seguito, l'una forma o l'altra di suffisso a seconda del significato, si raggiunge quella chiarezza che è dote imprescindibile di ogni nomenclatura scientifica. Nè la innovazione proposta urta contro le leggi grammaticali della lingua greca, chè anzi da alcune parole di essa (epigoni: nati dopo; Crisogono: nato dall'oro) siamo invitati a limitare al suffisso -gono la funzione passiva.

Nessuno, spero, giudicherà poi trascurabile una questione di nomenclatura che riguarda la precisione del linguaggio in una ricca schiera di parole, la quale cresce ogni giorno per creazione di nuove forme, in questi anni di lavorio scientifico così intenso e fecondo e tutto rivolto a scoprire l'origine dei fenomeni, in cui perciò si sente di continuo il bisogno di compendiare in una parola chiara un rapporto di causalità assodato dall'indagine.

Vengo ora ad una rapida rassegna dei composti in -geno, prima riportando quelli in cui il suffisso è usato col valore attivo, facendo seguire gli altri in cui è adoperato nel senso passivo. Non pretendo di darne un elenco completo, ma quelli riferiti saranno sufficienti alla dimostrazione del mio assunto.

Nella chimica troviamo, tra gli altri, questi nomi più comuni: idrogeno, generatore di acqua; ossigeno, generatore di acidi; gli elementi alogeni, generatori di sali; il nitrogeno (altro nome dell'azoto), generatore di nitro; cianogeno, generatore del bleu di Prussia; iconogeno, generatore dell'immagine fotografica (uno sviluppatore); glicogeno; collageno; ematogeno del Bunge; tannigeno; zimogeno (tripsinogeno, pepsinogeno, ecc.); urobilinogeno; fibrinogeno; miosinogeno; emocromogeno.

Altri termini si riferiscono all'anatomia e alla fisiologia: tessuti osteogeni; tessuto citogeno o linfogeno; glandola tricogena (la tiroide); nucleine energogene ed istiogene; sostanze dinamogene; sostanze galattogene; prodotti ipnogeni.

Riguardano la batteriologia e la patologia: bacillo tifogeno; bacillo tisiogeno; germi cromogeni, saprogeni, patogeni, piogeni; gli anti-

geni, generatori di anticorpi; germi indoligeni; il tetrageno, generatore di quattro cocchi; luoghi anofeligeni. Agenti flogogeni, pirogeni; veleni cirrogeni o sclerogeni; sostanze eczemigene; sostanze spasmogene; punti asmogeni; centri e stimoli epilettogeni; zone isterogene; zone ipnogene, che determinano ipnosi; nefriti uremigene e idropigene; potere psicopatogeno delle tossine; mola vescicolare o idatigena.

Vengo ora ai casi in cui il suffisso è usato nel significato passivo, con evidente danno della chiarezza, come da ognuno sarà giudicato.

Si legge spesso che la febbre è una manifestazione tossogena, volendo significare che è cagionata da sostanze tossiche; si dicono termogene le alterazioni dei tessuti determinate dall'alta temperatura, son denominate ematogene le infezioni originate dal sangue. Così si distinguono tra i fenomeni della flogosi quelli ematogeni e quelli istiogeni, cioè quelli derivanti dal sangue e quelli derivanti dai tessuti fissi; si dicono malattie tireogene quelle originate da alterazioni tiroidee, ed enterogene si chiamano le intossicazioni di origine intestinale. Si distingue una leucemia linfogena da una mielogena; tra le forme del diabete una è detta pancreatogena ed una neurogena; ed è stata assai viva la discussione se l'attività del cuore fosse neurogena o miogena, cioè se essa si originasse da elementi nervosi o dalle fibre muscolari stesse. Pomfick chiamò spodogena (nata da detriti, da cenere) l'infiltrazione della milza da prodotti di distruzione del sangue. Tra le cirrosi polmonari sono state distinte le forme pleurogene, le forme pneumogene e quelle broncogene; si parla di sepsi o di meningite otogene, di atrofia muscolare artrogena, di epilessia sifilogena, di nevralgie e paralisi psicogene, di malattie ideogene.

È evidente che in tutti questi casi, adottando il suffisso *-gono*, si acquisterebbe assai in chiarezza.

Questo secondo suffisso, schiettamente greco, non può essere invece adoperato nelle parole di pura origine latina, come febbrigeno, morbigeno, tussigeno (la zona tussigena della trachea), vaccinogeno, strumigeno, cretinogeno, malarigeno, fibrogeno, agglutinogeno, ecc.; quindi non si potrebbe dire alterazioni febbrigone, ma, con termini greci, termogone o pirogone.

Per dimostrare praticamente l'utilità della modificazione proposta farò considerare che attualmente viene usata qualche parola nei due opposti significati. Infatti abbiamo visto che si parla di sostanze istiogene, cioè che generano tessuti, e sono pure detti istiogeni i fenomeni flogistici derivati dai tessuti: chiamando *istiogoni* questi ultimi si acquista assai maggiore chiarezza.

Anche altri nomi possono prendere utilmente i due suffissi; così si potrà parlare di germi tossogeni, di agenti tossogeni cioè generatori di sostanze tossiche, e di alterazioni *tossogone*, cioè derivate dall'azione di sostanze tossiche, e si potrà affermare che la febbre è tossogona e a sua volta tossogena. Così saran detti termogeni i centri nervosi che presiedono alla produzione di calore, termogene le sostanze che determinano elevazioni di temperatura, mentre saranno *termogone* le alterazioni febbrili degli organi. Sono ematogene le sostanze atte a generare il tessuto sanguigno, come l'ematogeno del Bunge, e sono *ematogone*, cioè derivate dal sangue, le infezioni in cui il germe viene condotto agli organi dal sangue. Si diranno pancreatogeni i gruppi cellulari che nell'embrione sono destinati a sviluppare il pancreas, mentre si dirà *pancreatogono* il diabete originato da alterazioni pancreatiche. Così delle dottrine sull'origine dell'emozione potrà esser detta ideogena quella del Lange e del James, mentre l'altra dovrà chiamarsi *ideogona*.

Debbo prima di finire fare osservare che riterrei opportuno conservare inalterate le parole endogeno ed esogeno (nato dentro, nato fuori), perchè consacrate da un uso ormai lungo, come pure la parola autogeno, anche perchè in questa il suffisso -geno può avere senza confusione i due significati (che genera sè stesso, generato da sè stesso).

Io mi vado sempre più convincendo che finora l'ambiguità del suffisso -geno sia servita inconsciamente di freno alla formazione di composti che non sarebbero riusciti troppo chiari, come credo che l'adottazione dei suffissi distinti, togliendo l'ambiguità, farà sempre più aumentare il numero di questi composti che il progresso della scienza dimostrerà sempre più utili.

Ceccano (Roma), gennaio 1921.

FELICE BRUNI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La " trombopenia essenziale „ di Frank.

(KEISMAN. *Mediz. Klinik.*, gennaio 1921).

Frank nel 1915, in una serie di articoli sulla *Ber. Kl. Woch.*, riferì i propri studi, corredati da una ricca casistica, intorno a una forma morbosa che per certi caratteri può ascriversi al capitolo delle malattie della milza, per certi altri a quello della diatesi emorragica; caratterizzata fondamentalmente da tumore di milza; diminuzione delle piastrine nel sangue; comparire dei segni di una grave diatesi emorragica. Frank la chiamò: « Trombopenia essenziale » e ne difese il diritto, ad essere considerata una malattia, o per lo meno una sindrome a sè; e come tale infatti pare sia stata accettata dalla maggioranza degli AA. tedeschi dopo vive discussioni svoltesi specialmente negli anni della guerra europea; e per ciò non ben cosciute ancora da noi.

Sui rapporti tra malattia della milza e trombopenia, due ipotesi formulò Frank (è da notare ch'egli divide l'opinione di Wright di una origine delle piastrine, per scissione dai megacariociti, nel midollo delle ossa):

1° di una difettosa fabbricazione dei megacariociti o di una diminuita « messa in circolo » delle piastrine per un'alterazione del midollo o per un aumento patologico del potere inibitore della milza sull'ematopoiesi;

2° di una aumentata trombocitolisi con sede nella milza.

Da ciò il nome di Porpora trombolitica splenogena o Trombopenia splenogena data da alcuni autori a questa forma.

Era naturale che, in conformità a quanto già si era fatto nel rispetto di molte malattie del sangue accompagnate da tumore di milza (cirrosi splenomegalica, ecc.), si propugnasse anche nella Tr. Spl. la splenectomia, l'ablazione cioè dell'organo primitivamente e dal lato anatomico più fortemente malato.

Keisman, tra gli altri, ottenne vantaggi indiscutibili ed immediati nel caso di una ragazza di 17 anni, in cui i sintomi clinici erano i seguenti: tumore di milza e contemporanea lieve tumefazione del fegato con urobilina nelle urine; circa tre anni dopo segni di diatesi emorragica (forti epistassi, ecc.) con fenomeni gravi e minacciosi e con reperto di una diminuzione notevolissima (40,000 circa) del numero delle piastrine; la splenectomia portò la malattia a guarigione; le piastrine ritornarono al numero normale già 6 ore dopo l'operazione; non solo, ma le condizioni generali dell'a. andarono rapidamente migliorando anche nel rispetto dei caratteri secondarii del sesso (mestruazioni, ecc.) fino allora quasi del tutto mancanti; l'urobilina scomparve dalle urine; il fegato ritornò alle dimensioni normali.

Questi due ultimi dati inducono il Keisman a sfiorare, se non a indagare il problema delle relazioni interne tra milza e fegato (cellule stellate di Kupfer, « sistema reticolo-endoteliale »).

Poichè il reperto anatomo-patologico della milza nel caso riportato è quasi identico a quello che si ha nei casi di Morbo di Gaucher, il Keisman si preoccupa di differenziare le due forme: nel morbo di Gaucher è dimostrabile un carattere famigliare; nel sangue c'è spesso reperto di megaloblasti; nel caso di K. il reperto sanguigno è semplicemente quello di una anemia secondaria in diatesi emorragica e trombopenia; non è dimostrabile un carattere famigliare, ecc.

Quale rapporto esiste tra la malattia della milza e i sintomi morbosi? Si tratta dell'azione di sostanze del tutto estranee al corpo che si sviluppano nella milza o si deve ammettere una deviazione di una preesistente, normale funzione splenica? Il fatto che nelle splenopatie si possono avere nel sangue modificazioni in senso opposto: in taluni casi (come nel nostro) trombopenia e oligoemia, in altri trombocitosi e policitemia (complesso sintomatico di Vaquez-Osler) fa ritenere più probabile la seconda ipotesi di una « disfunzione ».

Ma su questo meccanismo patogenetico il campo è ancora aperto alle discussioni e alle ricerche degli studiosi.

A. TENCONI.

CHIRURGIA.

Quaranta prostatectomie soprapubiche senza un caso di morte.

(R. HOPPENHEIMER. *Münch. mediz. Wochenschrift*, 1920, n. 49).

La prostatectomia soprapubica è stata accettata negli ultimi decenni come operazione di scelta per la cura radicale della ipertrofia prostatica anche da coloro che avevano sviluppato la tecnica della prostatectomia perineale ottenendo da essa notevoli risultati. Un ritorno alla via perineale è stato recentemente proposto da Wilms, da Berndt, da Wildbolz, e da Voelcker è stata proposta la via sacrale.

L' argomento principale addotto da questi chirurghi in favore del mutamento è l'alta mortalità della prostatectomia transvescicale. È naturale però che un'operazione la quale viene eseguita in soggetti di età avanzata e

che ha bisogno di un lungo trattamento postoperatorio presenti un certo grado di mortalità. Questa in una statistica comprendente 2000 casi, pubblicata da Desnos e Minet, era del 12.5 %; in una raccolta di circa 800 casi, messa insieme dall'A., è del 12 %. Se si considerano però i risultati ottenuti dai singoli operatori, si trova che alcuni di essi (Freyer, Marion, Ringleb) hanno avuto una mortalità non superiore al 5 %, e quella cifra non viene migliorata nelle statistiche delle operazioni eseguite secondo i processi recentemente proposti da Wilms, Berndt, Wildbolz e Voelcker.

Naturalmente non è possibile giudicare il valore di un'operazione dalle sole statistiche in quanto che, secondo le indicazioni scelte dall'operatore, i risultati dovranno esser diversi: chi, per es., opererà solamente i pazienti affetti da ritenzione cronica avrà una mortalità molto superiore a quella di coloro che operano appena i disturbi da ipertrofia della prostata cominciano a farsi sentire. Chi poi, tra i casi avanzati, giudicherà inoperabili un numero grande di infermi escluderà dalla propria statistica la massima parte di quei casi nei quali l'esito mortale è più probabile.

L'A. su 356 pazienti di ipertrofia prostatica curati in 5 anni ne escluse 212 dall'operazione perchè non esisteva in essi indicazione operatoria e potevano esser migliorati con la radioterapia profonda; in altri 102 giudicò che l'operazione non fosse più tollerabile. In cifra tonda, nel 60 % l'operazione non era necessaria e nel 28 % non era possibile. Furono operati solo il 12 % dei casi e l'indicazione operatoria fu data dalla ritenzione cronica.

Le principali cause di morte dopo prostatectomia sono: 1° le complicazioni a carico del sistema vascolare e respiratorio; 2° l'infezione generale; 3° l'emorragia.

Le complicazioni del primo gruppo sono le più difficili a evitare: esse non sono particolari alla prostatectomia e dipendono dal fatto che un gran numero di pazienti sono già affetti da arteriosclerosi, da enfisema polmonare, da pielo-nefrite, ecc.

Una rigorosa preparazione è necessaria e di essa fa parte non trascurabile il trattamento col catetere a permanenza dei pazienti di ritenzione cronica con alterazioni funzionali dei reni. Alcune volte basta l'applicazione del catetere per 8-10 giorni; in qualche caso l'A. ha veduto ristabilirsi una funzione escretoria sufficiente a far tollerare l'operazione solo dopo un trattamento di parecchie settimane e in un caso solo dopo 3 mesi. In qualche caso si abbassa anche la pressione arteriosa e, se esistono edemi, anche questi scompaiono.

Senza dubbio si può eseguire la prostatectomia anche se la funzione renale non è normale del tutto; ma il pericolo è nella somministrazione degli anestetici, i quali, venendo eliminati lentamente, agiscono a lungo sul cuore e predispongono alle polmoniti.

L'A. ha eseguito la prostatectomia in 2 tempi solo due volte e crede di trovare indicazione a questo modo di procedere se la preparazione col catetere a permanenza trova difficoltà di attuazione nella coesistenza di restringimenti uretrali o di altre concomitanze morbose.

L'intervento deve essere eseguito nel modo più mite possibile; nelle ultime 2 dozzine di casi usò l'anestesia parasacrale.

L'emorragia può comparire dopo la prostatectomia in 3 stadii: durante o poco dopo la operazione, quando si tolgono i tamponi, o dopo 10-15 giorni senza causa apparente. Se l'emorragia avviene dai margini della mucosa, basta orlarla con una sutura; più difficile è curare un'emorragia proveniente dal cavo prostatico. Tra tutti i medicamenti emostittici i più efficaci si sono dimostrati i preparati di segale e specialmente la secacornina. Dopo aver irrigato il cavo della prostata con acqua a 55° e dopo averlo tamponato, si fa un'iniezione intramuscolare di secacornina; un'altra se ne fa dopo mezz'ora, un'altra ancora dopo 3-6 ore. Nei giorni successivi si fanno 2 iniezioni al giorno e infine si somministra il medicamento per bocca, in modo da protrarre complessivamente il trattamento per due settimane.

Le emorragie tardive sono rare. Sono state osservate quasi sempre dopo l'emissione di grosse masse fecali; così che per prevenirle è bene non lasciar addensare le feci, somministrando ogni sera un leggero lassativo. Come mezzo terapeutico vale anche, per le emorragie tardive, il tamponamento.

Negli ultimi 40 operati dell'A. non si è avuto alcun caso di morte. La guarigione fu soddisfacente anche funzionalmente perchè nè residuarono disturbi soggettivi, nè si ebbe a constatare che eccezionalmente la persistenza di urina residua. La quantità di questa non superò mai gli 80 c. c. e i pazienti non mostravano di accorgersene. Negli ultimi 25 casi non si ebbe nemmeno alcun caso di epididimite. Le funzioni sessuali restarono quali erano prima dell'operazione; spesso rimase non solo la *potentia coeundi*, ma anche quella *generandi*: ciò prova che solamente le parti ipertrofiche furono enucleate.

EGIDI.

NEUROLOGIA.

La questione dell'epilessia timica.

(W. BROWNING. *Medical Record*, dicembre 1920).

Poco è stato fatto finora sia per stabilire l'esistenza di questa forma, sia nello sviluppare un quadro clinico per il suo riconoscimento.

Perciò è di grande valore considerare nei singoli casi che vengono all'osservazione se sia riconoscibile l'esistenza dell'elemento timico.

Oggi questo si può ottenere più facilmente che per il passato sia con l'aiuto dei raggi X, sia mediante accurata percussione, sia ancora col mettere in evidenza effetti sicuramente attribuibili al timo.

In pratica, accanto a forme di epilessia che rappresentano una combinazione di fattori, si trovano talvolta forme relativamente pure caratterizzate da certi elementi dimostrativi; quali:

1° La presenza di timismo;

2° L'assenza di altre cause apprezzabili, come eredità, degenerazione, morbidità non d'origine timica, ecc.;

3° Peculiarità nel decorso dell'epilessia stessa.

L'A. americano accenna appena alle vie lungo le quali l'influenza timica può in tali casi manifestarsi (qualunque essa sia, egli dice, non ne è infirmata la dimostrazione generale della provenienza dal timo). Esse sarebbero:

1° La biochimica (siero timo-tossico Ogata. Sensibilizzazione dei tessuti con risultato in convulsioni come «fenomeni anafilattici»; Symers);

2° La meccanica;

3° La riflessa.

La cura di questo tipo di epilessia offre problemi di speciale interesse e promessa. La riduzione o l'ablazione della ghiandola persistente (raggi X timectomia) non sono tutto. Sono consigliabili mezzi atti a sviluppare il torace superiore. In taluni casi si richiede un leggero stimolo alla funzione tiroidea. È consigliabile vita igienica.

Dove tutte queste indicazioni possano essere eseguite e possa venir prontamente instituita una cura, c'è speranza di miglior risultato che in molte forme colle quali siamo famigliari.

L'A. riporta poi il caso di un giovane di 25 anni, con indubbio reperto di timismo, in cui l'anamnesi e l'esame obbiettivo esclusero ogni altro momento eziologico, e in cui le convulsioni apparse a 21 anni (di natura certamente epilettica) non si presentarono più in seguito a riduzione del timo successiva a cura con raggi X. Ma per varii fatti, primo la brevità del periodo di osservazione seguito alle applicazioni dei raggi X, esso non è sufficientemente dimostrativo.

In ogni modo esso (insieme ad altri 5 casi descritti da Ohlmacher (*Bulletin of the Ohio Ospital for Epiletics*, 1898) costituisce, si può dire, tutta la casistica sull'importante argomento.

A. TENCONI.

Eteroforia come causa di cefalee.

(R. THORNE THORNE. *The Practitioner*, ottobre 1920).

È noto per lunga esperienza che molte cefalee sono di origine oculare; spesso sono dovute ad *eteroforia*, cioè ad una insufficienza di uno o parecchi muscoli estrinseci dell'occhio.

Si distinguono cinque specie di eteroforia:

1. *Exoforia*, dovuta ad insufficienza dei muscoli retti interni. Essa si manifesta con una anormale divergenza degli assi visivi.

2. *Esoforia*, dovuta ad insufficienza dei retti esterni, o a spasmo dei retti interni. Gli assi visivi sono troppo convergenti.

3. *Iperforia*, dovuta ad insufficienza del retto superiore o inferiore. Gli assi visivi non si trovano nel medesimo piano, ma uno più alto dell'altro.

4. *Iperexoforia* e *iperesoforia*, dovuta al fatto che il muscolo obliquo superiore o inferiore è relativamente troppo forte, per cui gli assi visivi si trovano in diversi piani orizzontali.

5. *Cicloforia*: gli occhi girano sul loro asse antero-posteriore. Questa anomalia è rara, e generalmente si trova unita ad astigmatismo obliquo.

La diagnosi dell'eteroforia si fa abbastanza facilmente, usando l'apparecchio di Stevens o quello elettrico di Davidson.

Bisogna provare i due occhi separatamente, e tanto per la visione vicina che per la lontana.

Dopo aver riconosciuto il difetto di equilibrio muscolare dal quale il paziente è affetto, e aver calcolato il grado del difetto stesso, si deve considerare la sua correzione.

L'eteroforia si può correggere: 1° con la correzione dell'errore di rifrazione; 2° con i prismi; 3° con lenti decentranti; 4° con esercizi muscolari; 5° con l'intervento chirurgico.

Bisogna ricordare che spesso l'esoforia va unita ad ipermetropia, l'exoforia a miopia, l'iperforia ad astigmatismo e anisometropia, e la cicloforia ad astigmatismo obliquo.

Spesso correggendo l'errore di rifrazione si corregge contemporaneamente anche l'eteroforia. Per esempio, trovandoci di fronte a un paziente affetto da exoforia e miopia, basterà spesso correggere la miopia, e poi ordinare esercizi muscolari. Se l'exoforia è unita a ipermetropia, bisogna ricordare che le lenti convesse aumentano l'exoforia; si ordineranno perciò delle lenti convesse deboli, e, se necessario, dei prismi a base interna.

Lo stesso quando l'exoforia si accompagna a presbiopia.

L'esoforia va spesso unita ad ipermetropia; in questo caso si corregga l'ipermetropia ed eventualmente si facciano portare prismi a base esterna o lenti decentranti esterne.

L'iperforia non potrà esser migliorata con la correzione di un errore di rifrazione, ma si dovrà ricorrere a prismi a base superiore o inferiore, a seconda dei casi.

L'iperesoforia e l'iperexoforia si curano correggendo l'errore refrattivo e ordinando prismi posti obliquamente.

La cicloforia essendo spesso associata con astigmatismo obliquo, va corretta con lenti cilindriche.

L'eteroforia può aversi, sebbene di rado, in casi di emetropia, in seguito ad eccessivo affaticamento degli occhi, o per debolezza congenita dei muscoli oculari estrinseci. In questi casi sarà bene ricorrere ad esercizi muscolari o intervenire chirurgicamente.

Il difetto che più frequentemente dà luogo a cefalee è l'iperforia; viene poi l'esoforia, infine l'exoforia.

Si raccomanda di fare la correzione separata dei due occhi.

M. SILVESTRI.

SIFILOGRAFIA.

La cura della sifilide nella pratica.

(O. SACHS, Vienna. *Mitt. d. ö. Volksges. — Amt.*, n. 19, 1919).

La *cura con frizioni* è controindicata in persone ricche di peli, nelle affezioni cutanee (eczemi, prurigine, psoriasi, ittiosi, in casi di estese affezioni pustolose e ulcerate, ecc.). Si usa l'unguento cinereo con 33 $^1/_3$ % di mercurio stropicciandone per mezz'ora almeno ogni giorno dai 4-5 gr. negli uomini, 3-4 gr. nelle donne, alternando le frizioni sulle braccia, sul petto e sull'addome, sulle gambe, sulle coscie, sul dorso (5 frizioni, 1 turno). Questo turno dopo un giorno di bagno vien ripetuto dalle 6 alle 7 volte di seguito (30 a 35 frizioni in 35 a 41 giorni).

Durante ogni cura mercuriale si pone attenzione alla pulizia della bocca, gargarismi con 3 % H_2O_2 più volte al giorno, pennellazioni delle gengive con tintura di ratania, di galle, di iodio. Se si manifesta ptialismo, sensibilità della mucosa orale, diarrea, ecc., interrompasi tosto la cura, si facciano bagni, si cambi biancheria, si arieggi. Se si produce dermatite passaggio alla cura di iniezioni.

La *cura di iniezioni* ha il vantaggio di restar occulta, di esser meno noiosa e più spiccia. Le iniezioni solubili sono indolori, vengono riassorbite ed eliminate presto, e sono perciò di breve effetto: si usano quindi in persone oltremodo anemiche e assai sensibili e in quelle che non tollerano le iniezioni insolubili, o se si vogliono far sparire in fretta sintomi peculiarmente molesti.

Le iniezioni insolubili formando depositi sono di azione durevole e intensiva e hanno sostituita particolarmente nella pratica ambulatoria quasi per intero la cura delle frizioni.

Dopo 3-4 iniezioni si prende un bagno generale.

Per iniezioni solubili raccomandasi:

Rp. Hg. succinimid. cocain. mur. ana . 0.3
Acqua distillata 30.0

D. S. — Ogni giorno o ogni due giorni 1 cmc. intramuscolare.

Le soluzioni si decompongono facilmente e non restano a lungo sterilizzate. 30-35 iniezioni corrispondono ad una cura completa di frizioni. Come surrogato dell'enesolo (combinazione di arsenico e mercurio) si adopera l'idrarsolo. L'asurolo e il novasurolo sono troppo dolorosi.

Per iniezioni insolubili si prescrive:

Rp. Salicilato di mercurio 3.0
Paraffin. liq. sterilizzata 30.0

Di questa sospensione l'ammalato riceve due volte in settimana mezza siringa di Pravaz alla volta intragluteale (non sottocutanea, altrimenti dà infiltrati), in tutto dalle 15-20 mezze iniezioni per una cura.

Prima dell'iniezione, che deve esser fatta adagio, con ago lungo dai 4-5 cm., si leva lo schizzetto dall'ago, per vedere se gocciola sangue, chè in caso di penetrazione in una vena potrebbe avvenire un'embolia polmonare.

La *cura interna di mercurio* non ha pieno valore ed è insufficiente, giacchè dosi terapeutiche di mercurio non vengono tollerate dall'intestino.

La *terapia del Salvarsan* è controindicata nell'arteriosclerosi avanzata, nei vizi cardiaci, in genere nelle malattie febbrili, nella tabe avanzata, nelle alterazioni degenerative del sistema nervoso centrale. Inoltre prima della

cura sono da esaminarsi l'orina, il fondo dell'occhio e l'udito. Pur tuttavia piccole dosi sono ben tollerate anche nei vizi cardiaci, nel diabete e nella nefrite. Cautele sono da osservarsi nei bevitori, nelle adiposità di alto grado, nei nevrastenici sensibili, con polso labile, nella tachicardia, nel diabete grave. Alle gravide si può senz'altro somministrare il salvarsan. Esantemi scarlattiniformi dopo le iniezioni non hanno alcuna importanza. Febbre dopo il salvarsan non è da temersi, bensì da considerarsi come fattore di guarigione.

Dosazione e tecnica:

Si incomincia con 0.15 neosalvarsan per iniezione endovenosa, dopo 2-3 giorni 0.3, dopo altri 8 giorni 0.3, quindi dopo interruzioni di 8 giorni 0.45, 0.45 e 0.6.

Prima dell'iniezione si aspira sangue, per esser sicuri che si è nella vena, chè contrariamente si avrebbero infiltrati e ascessi. Preparansi ogni volta le soluzioni fresche in 8 cmc. di acqua sterilizzata, distillata, fredda; mai riscaldarle, per evitare la formazione di prodotti velenosi d'ossidazione.

Il neosalvarsan è una polvere giallo-chiara: se ha un colore rossastro è inusabile.

Dopo ogni iniezione riposo corporeo. Leggeri accenni di collasso non formano controindicazioni alla cura, ma consigliano prudenza.

Iodio si ordina sempre in casi recenti a cura finita, poi peculiarmente nella sifilide terziaria e contro i dolori. Il catarro iodico guarisce spesso anche continuando la cura. Coll'aggiunta di antipirina l'iodio vien sopportato meglio:

Rp. Ioduro di sodio 10.0
Antipirina 5.0
Acqua font. 200.0

S. 2-3 cucchiai al giorno durante o dopo i pasti.

Dei *preparati organici* la saiodina si presta eminentemente per cure iodiche miti e prolungate (2-4 pastiglie al dì, in tutto 40-50).

In luetici anemici puossi prescrivere lo sciroppo di ioduro di ferro con sciroppo semplice a parti eguali, 3 cucchiaini al dì. In forme di sifilide ulcerosa e maligna, in pazienti ipersaturi di mercurio e di iodio, qualche volta è vantaggioso il bere decotto forte e debole dello Zittmann, di cui si dà la mattina a digiuno dai 250-300 gr. di forte caldo e dopo mezzogiorno la stessa quantità di decotto debole freddo per 3-4 settimane.

Terapia locale. — Su efflorescenze non secernenti (p. es., ulcera dura) si applica cerotto grigio (cinereo) e cambiasi ogni giorno.

Papule orali, ecc., si trattano ogni 2 giorni colla pietra infernale o con alcool al sublimato al 5-10 %. Papule ipertrofiche all'ano, papule crostose sul cuoio capelluto, efflorescenze sulla faccia si curano con unguento bianco di precipitato mercuriale al 5 %, papule ad ascesso anche con calomelano in polvere (1:4 amido). In casi di fimosi causata da sclerosi si irriga ogni giorno il sacco prepuziale con H_2O_2 (3 %) o con soluzione calda di sublimato e lo si asperge di polvere di calomelano o vi si introduce garza con ung. precipitato bianco di mercurio al 5 %.

Trento. *ps.*

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

SPEHL EMILE: *La lutte contre la tuberculose pulmonaire.* Un vol. in-8 di 356 pag. con numerose tabelle e quadri grafici. — G. Doin, ed., Parigi (Geomaerc, ed., Bruxelles).

Oltre e più che curare i tubercolosi conclamati, l'interesse sociale esige che i nostri sforzi siano diretti a scovare gli individui nello stadio pretubercolare, per impedire che in essi si sviluppi l'infezione bacillare, dovuta alla denutrizione, combinata con l'insufficienza della funzione respiratoria. Nella diagnosi delicata dello stadio pretubercolare hanno grande significato lo stato della nutrizione e lo studio dei fenomeni meccanici del respiro.

Questi principi sono svolti dall'A. che, per gli esami accennati, ha stabilito certi rapporti fisiologici ed ha compilato alcune tabelle che permettono di applicare rapidamente il suo metodo. L'applicazione poi della prevenzione della tubercolosi coinvolge tutta una serie complessa di questioni, quale la protezione della gravida, della nutrice, del poppante ed in genere dei teneri bambini, il grave problema delle abitazioni salubri, ecc. Su questi argomenti l'A. espone particolareggiatamente i mezzi di tradurre in pratica la lotta antitubercolare. *fil.*

D. P. H.: *Antituberculosis reconstruction.* Un vol. in-16 di 38 pag. — Maunsel e Co. Limited, Dublino.

Breve opuscolo con intonazione vivacemente critica a proposito dei metodi seguiti nei sanatori inglesi, che sono retti con gli stessi criteri di un ospedale, per malattie comuni, ed in cui vigono tuttora dei vecchi pregiudizi. Anche il modo con cui è imperniata la lotta antitubercolare in Inghilterra viene criticato dall'A. che conclude consigliando gli inglesi a non chiudere gli occhi su quanto si fa negli altri paesi ed a rivolgerli invece al continente europeo, sede del primato intellettuale. *fil.*

DALSACE J.: *Étude critique de l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire.* Un vol. in-8 di pag. 137. — F. Alcan, ed., Parigi. — Prezzo 5 fr.

Nello studio della sindrome tanto comune della bronchite cronica con enfisema, l'A. ha trovato che alcuni casi sono dovuti al bacillo di Koch. In altri invece la presenza di questa va esclusa, mentre si trovano focolai di sclerosi polmonare, particolarmente all'apice, localizzazione che è frequente nel corso della sifilide polmonare. Alla sifilide vanno dunque attribuiti molti casi di bronchite cronica, mentre altri sono invece dovuti ad una vecchia lesione tubercolare guarita.

L'A. riporta numerose osservazioni personali, di cui alcune seguite da autopsia, e ritiene che lo studio dell'argomento vada ulteriormente approfondito.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 27 *gennaio* 1921.

Presidenza del prof. FERRONI, *presidente.*

Influenza del cibo devitaminizzato sull'immunità naturale.

PETRAGNANI dott. G. — L'O. riferisce le esperienze da lui fatte alimentando piccioni e cani con cibo sicuramente privo di vitamine, e cioè grano per i primi come per i secondi mantenuto per due ore in calore umido a due atmosfere di pressione (133°,9).

Nei piccioni ha osservato che oltre alle manifestazioni cliniche classiche del beriberi sperimentale si ha anche una perdita dell'immunità naturale per il carbonchio. Questa perdita si stabilisce in modo precoce cioè prima di qualsiasi altro sintomo di avitaminosi finora noto; è più marcata più è durata l'alimentazione con cibi devitaminizzati, cioè la morte avviene più presto dopo l'inoculazione, e l'immunità scomparisce più presto, maggiore è la quantità di cibo devitaminizzato somministrato giornalmente.

L'O. ha inoltre osservato che iniettando culture virulente a piccioni normali si accresce l'immunità naturale tanto che il digiuno completo non basta più, a differenza di quanto avviene nei piccioni non iniettati, per far contrarre l'infezione; non vale però a impedire che l'immunità naturale resista alla alimentazione con cibo devitaminizzato. L'immunità naturale si ristabilisce nel piccione con la somministrazione di grano naturale in un periodo di tempo che è in rapporto con la durata della alimentazione devitaminizzata, non in rapporto con la quantità di grano normale somministrato perchè si ristabilisce anche se questa è inferiore al bisogno giornaliero. Nei cani oltre ad una sindrome nervosa che somiglia alle crisi cerebellari caratteristiche del beriberi del piccione si ha anche la perdita della immunità naturale per il carbonchio.

ANCONA dott. G. — Presenta un caso di *Sodoku* (spirochetosi da morso di topo), il X nella letteratura italiana, in una bambina di 9 anni, di Massa.

La terapia arsenicale (novarsenobenzolo e neosalvarsan) ha dimostrato un'indiscutibile efficacia per mitigare la violenza degli accessi e stabilire dei periodi di tregua di oltre un mese: non ha più potuto, fino ad oggi, far cicatrizzare l'ulcerazione nè tanto meno troncare la malattia.

FRUGONI prof. C. — Espone considerazioni intorno alla genesi delle ricorrenze febbrili e osserva che è stabilita ormai in modo sicuro l'eziologia spirochetica del Sodoku.

MONTAGNANI dott. M. — Presenta un caso di *emoglobinuria parossistica a frigore* in una donna di 27 anni e riferisce sulle varie ricerche fatte sull'ammalata, fuori dell'accesso (fenomeno di Murri, di Schnostek, di Donath e Landsteiner ecc.), sull'esame delle orine dopo l'accesso, e specialmente sulla così detta *crisi emoclasica* degli autori francesi.

FRUGONI prof. C. — Illustra i concetti di Widal e collaboratori relativi ad una *auto-sieroterapia anti-anafilatizzante,* proponentesi la stabilizzazione del sistema emolitico di tali ammalati, e cioè l'annullamento della sua labilità di fronte al fattore freddo.

L. P.

Associazione Medica Triestina.

Adunanza scientifica del 14 *febbraio* 1921.

Presidente: Prof. NICOLICH; Segr.: Dott. PORENTA.

Prof. NICOLICH. — Illustra tre interessanti *casi di urologia,* uno di rifiusso ureterico dopo nefrectomia per tubercolosi renale, uno di calcolosi renale ed uno di cistite tubercolare operata due volte con drenaggio renale e con drenaggio ureterale per mettere in riposo funzionale la vescica.

Dott. ITALO LEVI. — Presenta un caso di *sifilide maligna precoce* ulcero-serpiginosa con distruzione del palato molle.

Dott. BOLAFFIO. — Presenta una *tabe incipiente* con ulcera penetrante nello stomaco e crisi gastriche, caso nel quale è da ritenersi che la lesione dello stomaco sia originata probabilmente da alterazioni trofiche del nervo vago causate dalla tabe.

Dott. PORENTA. — Presenta un preparato di *gravidanza trigemellare* di una donna alla quale provocò l'aborto per grave stenosi mitralica.

Dott. GANDUSIO. — Parla sulla *terapia radicale moderna delle ulcere perforate dello stomaco e del duodeno con peritonite* e presenta un caso da lui operato e guarito mediante la resezione circolare.

PORENTA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

L'edema della guancia nell'aneurisma aortico.

A. Pirera (*Gazz. med. napoletana*, 1920, n. 9) ha osservato un individuo che presentava ogni mattino una notevole tumefazione della guancia sinistra, tumefazione, che poi scompariva nelle prime ore del giorno. L'edema si estendeva fino alla palpebra inferiore più notevolmente colorita che la destra, di una tinta alquanto bluastra, con suffusione violacea. L'infermo non avvertiva sofferenze di sorta tranne una lieve dispnea nel camminare.

L'esame fisico non rivelava alcun fenomeno anormale; sincronismo dei polsi, non ipertrofia cardiaca, non ritardo fra l'impulso cardiaco ed i polsi periferici. La radiografia invece dimostrò la presenza di una bozza aneurismatica, che si spingeva molto in alto fino a livello dell'articolazione sternoclavicolare sinistra.

Evidentemente, la bozza aneurismatica premeva sul tronco brachio-cefalico sinistro, particolarmente nella posizione orizzontale del corpo, la quale, già di per sè stessa è poco adatta per il deflusso del sangue dall'estremità cefalica verso il centro.

Quando l'infermo seguì il consiglio di dormire per molte notti, in posizione semiseduta, scomparve totalmente ogni accenno di edema.

L'A. dà a questo fenomeno la denominazione esplicativa di *sintoma della guancia*, che costituirebbe appunto uno dei segni precursori dell'aneurisma latente.

fil.

Lesioni delle valvole aortiche nell'aortite sifilitica.

Lupu (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, n. 41-42, 1920) distingue nelle valvole aortiche normali 3 strati: endocardio dei seni di Valsalva, continuazione della tunica interna dell'aorta sottile, rappresentato da endotelio con fine fibre elastiche; una placca fibrosa, emanazione dell'anello fibroso; endocardio ventricolare che tappezza la faccia inferiore, composto di endotelio con fibre sottili elastiche, di uno strato elastico a grosse fibre, di uno strato connettivale-elastico.

L'A. ha studiato 15 casi di mesoaortite sifilitica e distingue 3 gruppi di lesioni:

1° Casi senza lesioni macroscopiche delle valvole. — Talora esiste un processo di proliferazione nello strato intermedio, il connettivo in via di iperplasia, spesso reazione connettivale dell'anello fibroso. Tali iniziali lesioni non sono caratteristiche della sifilide e possono riscontrarsi nella semplice sclerosi valvolare.

2° Casi con ispessimento macroscopico dell'inserzione o del bordo libero delle valvole, senza insufficienza. — Predomina il processo proliferativo; sono eccezionali le lesioni infiammatorie. Colpisce la ricchezza in cellule del connettivo e delle fibre elastiche e specialmente la comparsa di tessuto grassoso, vera lipomatosi valvolare. La placca fibrosa partecipa poco a questa proliferazione.

3° Casi con insufficienza valvolare. — Nell'inserzione delle valvole e nelle vicinanze si trovano lesioni simili alle precedenti, ma tale processo di sclerosi, poco accentuato, non ha influenza sulla funzione delle valvole; l'insufficienza è invece determinata dalle lesioni del bordo libero, cioè dalla tumefazione proliferativa ed infiammatoria di tutto il bordo, tumefazione che rende difficile l'accollamento delle valvole e di più raccòrcia il bordo per la secondaria retrazione cicatriziale.

Non è quindi la ipertrofia compensatrice di Dewitsky. Tale alterazione ha origine nella tunica interna dell'aorta: e più raramente è la mesoaortite sifilitica che si propaga dalla profondità dei seni del Valsalva alle valvole.

Mont.

Paralisi transitorie a ripetizione nelle affezioni cardiache.

Achard, Foix e Leblanc (*Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux* e *Med. Review*, dicembre 1920) riportano il caso di un individuo di 58 anni, con dispnea persistente, notevole ingrandimento dell'area cardiaca e specialmente dell'orecchietta destra, doppio rumore di raspa al secondo spazio intercostale destro; 80 pulsazioni irregolari, tensione arteriosa massima 200, minima 100; fegato ingrosssato, scarsa ascite; Wassermann negativa.

Durante la degenza all'ospedale, l'ammalato ebbe tre attacchi di emiparesi sinistra, specialmente brachiale; durante il primo egli non potè parlare per diverse ore. In seguito ebbe attacchi di dispnea, cianosi, edema agli arti inferiori e venne a morte con tale quadro di insufficienza cardiaca.

L'autopsia dimostrò un cuore enorme, grasso, dilatazione dell'aorta ascendente, che era ateromatosa ed ulcerata; non vi era insufficienza valvolare. Congestione cerebrale con minuscoli focolai di rammollimento (4-6 mm.) nel centro brachiale destro.

Questi spiegano l'emiparesi del braccio destro.

Mancava però ogni segno di obliterazione vascolare, sicchè il rammollimento potrebbe forse attribuirsi a minuscoli emboli. È probabile che la ripetizione degli attacchi sia do-

vuta a qualche predisposizione locale, che sfugge all'osservazione.

Si ammette in tali casi che i disturbi circolatorî siano la causa di paralisi transitorie, che sono state osservate nei difetti di compenso cardiaco, dopo fatiche, dolore precordiale e diuresi da medicamenti.

Tali paralisi transitorie possono venire paragonate a quelle descritte da Osler negli stati con alta pressione ed arteriosclerosi; all'autopsia di uno di questi casi, si trovò sclerosi dei vasi cerebrali senza rammollimento nè emorragia. *fil.*

Contributo all'etiologia e alla clinica della tachicardia parossistica.

La tachicardia parossistica può dipendere da alterazioni del cuore o da alterazioni del sistema nervoso centrale. Nelle tachicardie del I gruppo sono terapeuticamente efficaci i farmaci che agiscono sul cuore (chinina, fisostigmina, digitalina), in quelle del II gruppo i farmaci che agiscono sul sistema nervoso.

H. Müller (*Med. Klinik*, n. 48, 1920) riferisce un caso di quest'ultimo gruppo, nel quale gli accessi di tachicardia accompagnavano costantemente degli accessi isterici. Sopprimendo con varî mezzi, specialmente mediante applicazioni della corrente faradica, gli accessi isterici, si ottenne la scomparsa della tachicardia, che l'A. perciò considera di origine isterica. L'A. osservò nel caso descritto un aumento della pressione sanguigna durante gli accessi; questo fatto, che mai si osserva nelle tachicardie di origine cardiaca, potrebbe forse costituire un criterio di distinzione tra quest'ultima e la forma nervoso-centrale della tachicardia parossistica.

POLL.

TERAPIA.

Gli accidenti delle iniezioni endovenose di siero terapeutico.

Brodin: (*Presse médicale*, 10 novembre 1920) rileva che l'uso per via endovenosa di sieri terapeutici, sopratutto nei casi in cui si abbia bisogno di una pronta azione, è divenuto pratica comune. L'iniezione endovenosa, però, dei sieri non è scevra di inconvenienti. Accidenti possono aversi in capo a 10-15 giorni; uno *choc* può apparire dopo un periodo di incubazione breve che va da mezz'ora ad un'ora circa; accidenti possono aversi nel momento istesso in cui si pratica l'iniezione. I primi, che d'altra parte sembrano più rari quando il siero vien somministrato per via delle vene che per altra via e che consistono in orticaria, artralgie e febbre non sono di nessuna gravità. I secondi sono più costanti: consistono in brividi, intensissimi talvolta, in contrazioni del diaframma, in un senso di calore penoso che sopraggiunge a questi primi fenomeni e che termina in profusi sudori; talvolta vi è febbre. In qualche caso lievi, in altri violenti questi fatti, ai quali d'altra parte sembra dovuta una gran parte dell'azione curativa delle iniezioni endovenose non sono finora suscettibili nè di previsione, nè di attenuazione.

È facile invece sopprimere la terza categoria di accidenti: quelli immediati. Essi consistono in un'agitazione estrema che può giungere al coma, in tachicardia con rapida e notevole caduta della pressione arteriosa, in una eruzione di orticaria diffusa e vanno ascritti alla categoria degli accidenti anafilattici. Sempre assai gravi, di sovente riescono mortali. Se bene teoricamente questi inconvenienti non dovrebbero verificarsi che nei reiniettati, è possibile tuttavia che si abbiano anche in individui non anafilatizzati. Poichè praticamente d'altro lato riesce spesso difficile, per le condizioni in cui è l'infermo, di conoscere i precedenti, sorge l'importanza dell'uso di una tecnica la quale dia in ogni caso garanzia assoluta nell'evitare i pericoli accennati. Il metodo di sicurezza secondo i consigli dell'A. consiste nell'iniettare il siero diluito in 9 volte il suo volume con una soluzione di cloruro di sodio all'8 %. L'azione preservativa, antianafilatizzante è dovuta non già alla diluizione in sè (in quanto i fenomeni anafilattici non si evitano diluendo i sieri in acqua distillata od in soluzioni zuccherate), ma al cloruro di sodio: vero è che l'iniezione scatenante resta priva di effetti dannosi se vien fatta precedere di qualche minuto da una iniezione di cloruro di sodio.

Identico effetto protettivo si può ottenere diminuendo la diluizione del siero ed aumentando la concentrazione della soluzione di cloruro di sodio; ma ciò non può essere spinto oltre certi limiti.

L'esperienza degli aa. è fatta su circa 20 casi di affezioni polmonari acute e gravi in soggetti con peculiari condizioni di sensibilità verso nuove iniezioni di siero e sopra ricerche precise negli animali.

D. MAS.

La somministrazione endovenosa del cacodilato di sodio nella febbre ricorrente.

Il neosalvarsan rappresenta in certo modo lo specifico della febbre ricorrente, in cui esso produce rapidamente una sterilizzazione assoluta, con una sola dose di 90 cg. (S. L. Peyre, *Presse médicale*, 22 ottobre 1919).

In mancanza di neosalvarsan, l'A. ha tentato con il cacodilato di sodio, che per l'alto

contenuto in arsenico, poteva essere indicato. È stata usata una soluzione di g. 6,40 di cacodilato di sodio, con 10 goccie di alcool fenicato a $^1/_{10}$, in 100 cmc. di acqua distillata; ogni cmc. corrisponde a 5 cg. di cacodilato di sodio anidro ed a poco più di 2 cg. di arsenico.

È sufficiente una sola iniezione endovenosa di 4 cmc. Con questa non si ha la defervescenza brutale e salutare del neo-salvarsan; ma la temperatura resta modificata e turbata. L'accesso del giorno seguente di solito si ripete, quelli successivi sono abbreviati ed anche soppressi: nel 50 % dei casi dopo il primo accesso consecutivo all'iniezione non se ne hanno altri. Con le dosi citate non si sono mai notati fenomeni d'intossicazione di una certa entità.

fil.

Il cacodilato di sodio e la stricnina per iniezioni.

La miscela di cacodilato di sodio e di solfato di stricnina provoca un precipitato, per evitare il quale Bertrand (*Archives médicales Belges*, gennaio 1920) consiglia le seguenti proporzioni:

Cacodilato di sodio	g. 3.20
Solfato di stricnina	*cg. cinque*
Soluzione alcoolica di fenolo (10 %)	*gocce dieci*
Acido lattico	*gocce centoundici*
Acqua distillata q. b. per	cmc. 50.

Si mescola a freddo e si sottopone a sterilizzazione discontinua non sorpassando 80°. La soluzione è stabile e non provoca dolore.

fil.

L'uso interno della tintura d'iodio ad alte dosi.

Se ne occupa L. Cheinisse (*Presse Médicale*, 25 settembre 1920).

M. Louis Boudreau, nel 1914, pubblicava un articolo sul trattamento della tubercolosi polmonare a mezzo di preparati iodici.

« L'iodio, sosteneva Boudreau, è, nello stadio attuale delle nostre conoscenze, il procedimento diretto, specifico ed eroico della tubercolosi. L'iodio deve essere somministrato ai tubercolotici a dosi prudenti, da principio, ma poi sempre crescenti e spinte fino all'estremo limite della tolleranza ». Con l'uso di forti dosi di iodio l'a. non ha avuto a lagnarsi che in via del tutto eccezionale di fatti di iodismo. Non è l'iodio in sè la causa di questi fenomeni d'intolleranza; questi son dovuti agli ioduri, specie se somministrati intempestivamente. Tra gli ioduri quello di sodio ha dato all'A. i migliori risultati anche se somministrato in casi avanzati di tubercolosi; esso è quello che più difficilmente dà fatti di intolleranza.

Il miglior modo però di somministrare l'iodio è quello di darlo sotto forma di tintura di iodio.

Essa va presa diluita; all'inizio si danno XX gocce e si giunge poi gradatamente a dosi di XL, L gocce; (in casi eccezionali dei malati sono riusciti a prendere fino a 300 gocce al giorno per molti mesi).

Le dosi vanno frazionate il più possibile e si raggiungono le più alte con molta prudenza poichè esistono indiscutibilmente casi di idiosincrasia.

Sopra tutto in Inghilterra la tintura di iodio è stata sperimentata dopo le pubblicazioni di Boudreau; ma le esperienze sono state fatte principalmente nelle forme di reumatismi cronici.

I risultati sono stati soddisfacenti in modo assoluto. Da Tom Bird la tintura di iodio è stata somministrata da principio alla dose di 1 gr. da prendere 3 volte al giorno dopo i pasti; così per 8 giorni; nella seconda settimana la dose è portata a 2 gr.; a 3 gr. nella terza. Nelle forme reumatiche difficilmente l'A. inglese ha avuto bisogno di sorpassare questa dose. Se si eccettui un leggero catarro della mucosa nasale nessun altro inconveniente si è avuto a notare; spesso anche casi di suscettibilità individuale con l'uso prudente e con il graduale aumento delle dosi si son potuti vincere. Se il trattamento viene sospeso per qualche tempo è opportuno ricominciare dalle dosi minori. Cessati i fenomeni dolorosi e le tumefazioni articolari si sospende gradatamente la cura.

Claude St. Aubyn-Faner è giunto a somministrare fino a 10 gr. di tintura di iodio senza danni di sorta.

Tutti gli AA. inglesi sono d'accordo nel ritenere che l'innocuità della tintura di iodio sia dovuta all'assenza di ioduro di sodio che è stato invece aggiunto nella preparazione della tintura di iodio nella nuova edizione della farmacopea francese.

Henri Dufour in Francia ha esperimentato la tintura di iodio nella tubercolosi polmonare; ma non ha avuto buoni risultati. Dosi invece elevate e continue (CXX-CL gocce) in casi di linfoadeniti tubercolari hanno condotto a guarigione completa. Nei casi in cui si abbia a che fare con raccolte fredde linfoglandulari la cura medica alla tintura di iodio coadiuva in modo perfetto la cura chirurgica; l'iodio, somministrato sotto forma di tintura di iodio, corrisponde al miglior trattamento oggi posseduto delle linfoadeniti tubercolari.

D. MAS.

L'esatto valore terapeutico dell'ioduro di potassio nella sifilide.

È antica la credenza che l'ioduro di potassio abbia efficacia profilattica: pur tuttavia non è difficile dimostrare con fatti clinici che questa garanzia preventiva non esiste.

Alex. Renault (*Journal des praticiens*, n. 27, 1920) riassume sei casi in cui malgrado la abbondante assunzione di ioduro di potassio, a più o meno lunga distanza apparvero nuove manifestazioni luetiche. Un caso descritto dal Devic e Bériel negli *Annales de Dermat. de Lyon* è ancor più persuasivo.

Possiamo dunque spiegarci, l'azione solamente curativa dell'ioduro da una parte e dall'altra la sua inefficacia profilattica?

Il problema ci è delucidato dall'evoluzione dello joduro nell'organismo: si sa infatti che i 9/10 del medicamento assorbito soggiornano poco nell'organismo, l'eliminazione avviene in uno spazio di tempo dalle 24 ore ai 4 giorni.

È chiaro dunque che un rimedio che impregni così brevemente l'organismo, deve esser sprovvisto di virtù preventive.

Per l'azione curativa, possiamo riferirci a quanto Pouchet espone nel suo Trattato di Farmacologia, concludendo che:

1° Iodio e ioduri attivano il tessuto linfoide ed aumentano così la produzione dei macrofagi;

2° Iodio e ioduri attivano i processi di disassimilazione e rendono così più complete le combustioni organiche.

Può così spiegarsi l'azione risolvente sulle neoformazioni sifilitiche, come gomme ed esostosi; ma questo risultato non è ottenuto che alla condizione di una somministrazione a forti dosi del rimedio.

Tastare il terreno (dice Fournier) con due grammi al giorno e rapidamente aumentare fino a 6-8-10-12 grammi.

Le cifre di 10-12 gr. sono eccezionali: d'altronde Fournier ha dimostrato che le dosi superiori non producono effetti terapeutici più sensibili.

Il rimedio quindi che l'esperienza clinica dimostra esser veramente preventivo è il mercurio, forse gli arsenobenzoli.

Aggiungiamo infine che sono notevoli i disturbi determinati dall'ioduro: oltre alla coriza, lacrimazione, acne al viso o alla fronte, oltre al sapore talora ripugnante di ioduro che mantiene, sono importanti i disturbi gastrici e le gravi manifestazioni cutanee portanti ad una vera cachessia iodica.

MONTELEONE.

IGIENE.

Condizioni igieniche di una casa per tubercolosi.

Nelle attuali difficili condizioni economiche, è necessario spesso ricorrere ad adattamenti anche per quanto riguarda le abitazioni, e rinunciare a quelle esigenze, forse eccessive che si richiedevano in passato. Così, non è indispensabile che una casa sia grande per essere igienica: quando si sia provveduto alla ventilazione, al riscaldamento, alle più urgenti comodità, e si mantenga una scrupolosa pulizia, anche una casa piccola può rispondere ai requisiti dell'igiene.

Per quanto riguarda le condizioni di una casa adibita a domicilio di tubercolotici, Ellis (*Journal of the Royal Inst.* e *Ingegneria Sanitaria*) prescrive anzitutto una ventilazione abbondante; il ricambio dell'aria però va studiato con molta cura. Così è un errore far entrare nella cattiva stagione l'aria fredda ed umida aprendo le finestre: le stufe ben costruite servono molto bene a mantenere la circolazione dell'aria dall'esterno. Il calore deve essere sufficiente e ben regolato: i pavimenti in pietra o mattonelle vanno coperti di stuoie per impedire il raffreddamento dei piedi ed una debole circolazione del sangue in essi, ciò che ha per effetto di fare affluire più sangue al capo ed agli organi interni. I pazienti poi, specialmente di notte non devono stare troppo coperti.

Abbondante deve essere la luce solare, che no va intercettata da tende, le quali hanno anche lo svantaggio di costituire dei depositi di polvere. Il letto deve essere in piena luce: si baderà inoltre alla possibilità di portare al sole l'ammalato, con sedie a bracciuoli od a sdraio.

In conclusione quindi, le case piccole, bene orientate, ben pulite, con riscaldamento, luce e ventilazione convenienti, non sono meno salubri di quelle grandi, purchè non siano sovraffollate.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1293) *Preparazione della soluzione di urotropina per uso endovenoso.* — Al dott. C. S. di C.:

È un fatto che la soluzione di urotropina, con le alte temperature, tende a dissociarsi in ammoniaca e formaldeide; secondo F. Deutsch, basterebbe già la temperatura di 37° per produrre, dopo un certo tempo, tale fenomeno. Lo stesso autore, che ha usato largamente la urotropina per via endovenosa, ha osservato che l'alcalinità della soluzione usata (al 30 %) era assai elevata, poichè per la neutralizzazione di 100 cmc. occorrono cmc. 12.5 di acido $^1/_{10}$ normale; egli afferma che si inietta sempre una certa quantità di formaldeide, la quale viene liberata nella sterilizzazione. L'iniezione endovenosa non è affatto dolorosa, mentre se qualche goccia va nel tessuto sottocutaneo provoca un intenso bruciore che però scompare in pochi minuti.

Da prove da me fatte risulta che l'alcalinità di 100 cmc. di soluzione al 30 %, appena preparata è di cmc. 4 di acido $^1/_{10}$ normale; della stessa soluzione bollita per 15', di 8 cmc., della soluzione tenuta in autoclave a ½ atmosfera per 15' è di 12 cmc., corrispondente quindi alle cifre trovate da Deutsch per la soluzione usata per via endovenosa. Sia nella soluzione bollita come in quella passata in autoclave, è evidente oltre che la presenza di formaldeide, la reazione dell'ammoniaca.

Non sembra quindi che vi possano essere pericoli nell'iniezione della soluzione sterilizzata a ½ atmosfera. Comunque si potrebbe, per eccesso di prudenza, adottare il metodo, già usato da Triboulet e Levy, di iniettare la soluzione fatta estemporaneamente nell'acqua sterile, con le note cautele asettiche.

FILIPPINI.

VARIA

Statistica delle cause di morte in Italia nel 1916.

Dalla relativa pubblicazione dell'Ufficio centrale di statistica stralciamo le notizie seguenti. Morirono, durante tale anno, in tutto il Regno 721,847 individui, esclusi i morti in guerra sul campo od in ospedali da campo. La mortalità relativa fu del 19.71 ‰, mentre era stata del 19.56 ‰ nel 1915 (escluse le vittime del terremoto), del 17.94 ‰ nel 1914, anno della minima mortalità (nel 1887 questa era del 27.99 ‰).

Per quanto riguarda le cause di morte, si osserva che queste nel 6 ‰ sono rimaste ignote (nel 1887 la proporzione era del 26 ‰). La febbre tifoide ha dato un quoziente di mortalità di 296 per milione di abitanti (261 nel 1915, 213 nel 1912-14, 939 nel 1887); la malaria ha dato il quoziente di 138 (105 nel 1915, 74 nel 1913-14, 710 nel 1887); alquanto elevata è stata la mortalità per influenza (162 per milione). Assai grave è la mortalità per tubercolosi, che raggiunse i 1667 per milione di abitanti (1035 per la sola forma polmonare); nel 1887 tale mortalità era di 2128; il miglioramento è soprattutto a carico della scrofola, tabe mesenterica e tubercolosi intestinale, mentre per le forme polmonari siamo rimasti quasi stazionari (1070 nel 1887) con leggeri miglioramenti negli anni 1912-1915. La sola tubercolosi polmonare ha ucciso, nel 1916, 37,908 individui.

Notevolmente diminuita è la mortalità per gravidanza, parto e puerperio; va invece sensibilmente crescendo quella per diabete (1827 — in totale — nel 1916 contro 490 nel 1887), per tumori maligni (664 per milione nel 1916 in luogo di 427 nel 1887-89).

Gran parte degli altri dati non presenta caratteristiche speciali, trovandosi ripetuti nello stesso senso, anche per gli anni precedenti; così è per le cause di morte differenti secondo il sesso, quelle predominanti nelle diverse età: diarrea, disturbi intestinali, malattie infettive, ecc., nei bambini; in seguito e fino ai 40-50 anni è la tubercolosi che miete il maggior numero di vittime; più tardi sono le malattie bronco-polmonari, quelle del cuore, ecc.

Cause di morte secondo la professione. — Per la tubercolosi, le cifre più alte sono date dagli studenti, camerieri, tipografi, commessi di negozio; per la polmonite, dai pastori, facchini, agricoltori; per le malattie cardiache troviamo agricoltori, cartai, conciatori, ecc. Le morti per causa violenta sono state 11,851 nel 1916 contro 42,178 nel 1915 (compresi i 30,000 morti per il terremoto). Una significante diminuzione si nota nei suicidî (2531 nel 1916, contro 3092 nel 1915 e 3185 nel 1914); fra i maschi le proporzioni più alte sono date da individui da 30 a 59 anni, tra le femmine invece da 15 a 39 anni. Per riguardo al modo di suicidio, risulta che i maschi danno la preferenza all'arma da fuoco, annegamento, impiccamento, precipitazione; le femmine invece preferiscono l'avvelenamento, l'annegamento, la precipitazione. La maggior frequenza dei suicidî si osserva nell'estate e nella primavera.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DIBATTITI PROFESSIONALI.

Ancora intorno all'assicurazione malattie.

Riceviamo:

Chiar.mo dott. Verney,

Prendo atto che Ella, paladino della libera scelta, la interpreta come facoltà dell'assicurato non di prendersi volta per volta il medico che vuole, ma di designare semplicemente il suo medico di fiducia. Prendo atto ancora che Ella ammette i medici di zona nominati per concorso in numero almeno uguale agli attuali condotti, sia pure con attribuzioni prevalentemente fiscali.

Alla sua volta favorisca prender atto che io in primo tempo ho sostenuto come forme *esclusiva* la nomina per concorso, convinto che tutti i liberi professionisti attuali avrebbero potuto trovar posto come medici fiduciari, per poco che i più giovani si fossero rassegnati a qualche spostamento. Ma poi, considerando come un diritto moralmente (non legalmente) acquisito anche la residenza dei liberi esercenti, concordai coi colleghi della Commissione la nota formula *transitoria*, secondo la quale i liberi esercenti *attuali* potranno mantenere la loro clientela lavoratrice, facendosi compensare dalle Assicurazioni. Questo temporaneo adattamento non intacca il principio *fondamentale* della nomina per concorso, che la Commissione ha accettato, e che io continuai a difendere. Niente dunque «doppia coscienza» in me, ma dirittura logica, come son diritti i pini delle mie montagne, «che non un ne traligna».

Fatte tali constatazioni, ne emerge che l'uno per rispettare i diritti degli attuali medici condotti, l'altro per rispettare quelli dei liberi esercenti attuali, abbiamo entrambi ammesso tanto la nomina per concorso che la libera scelta, con questa sola differenza, che tale forma mista io la vorrei transitoria, ed Ella permanente. Per chi dunque giostriamo? Per la migliore riuscita delle Assicurazioni, per la miglior sorte dei colleghi futuri.

Quanto alle Assicurazioni nessun dubbio che saranno meglio servite da medici da esse nominati e da esse dipendenti. Quanto ai neolaureati io propendo a credere che preferiranno la carriera sicura di medico fiduciario, con indennità di residenza, vacanze, congedi, pensioni, ecc., a quella grande incognita, specialmente negli inizi, che è la professione libera. Lei pensa il contrario? Mi dimostri allora che il contratto di lavoro, conquistato da noi condotti con tante fatiche e tante lotte, rappresenta pei medici un danno e non un vantaggio.

Contro i suoi dubbi circa l'attuabilità pratica del compenso a visite io Le lanciai la sfida dello esperimento. Ella ha raccolto la sfida, avvertendo che la prova è appena agli inizi. E sia. Se la classe medica si mostrerà indegna della fiducia che chiede, subisca pure l'onta di ripassare sotto le forche caudine dei *forfaits*. Ma se i temuti abusi non si verificheranno, Ella riconosca che il compenso secondo le prestazioni è moralmente e praticamente il migliore.

Organizzata in modo completo l'assistenza domiciliare, si potrà pensare in sede di regolamento agli ambulatorii, ai centri di specialità, al servizio di consulenza, come il progetto di legge consente.

Io credo e spero che in tale campo tutte le buone istituzioni attuali private e pubbliche saranno conservate, coordinate, perfezionate, e torneranno specialmente utili gli esempi dei paesi più progrediti, e i consigli di coloro che quegli esempi studiarono e conobbero.

Chiudo rilevando con vivo compiacimento come la polemica nostra, contrariamente alle mie stesse previsioni, ci abbia notevolmente avvicinati nel modo di prospettare e di risolvere il problema ponderoso che stiamo studiando. In un punto siamo perfettamente d'accordo, nel riconoscere la importanza capitale, rivoluzionaria della Legge che va maturando, e la conseguente necessità di fissarne per sommi capi le norme fondamentali, senza pregiudicarne con troppo minute disposizioni l'applicazione pratica.

A preparare degnamente questa applicazione molto alacre lavoro sta ancora davanti tanto a chi è dentro come a chi è fuori del bosco.

Tirano, 5 marzo 1921. A. MARTINELLI.

***

Sono lieto che le divergenze vadano sempre più riducendosi e i contrasti appianandosi.

Aggiungerò pochissime considerazioni, in brevi e numerati paragrafi.

I. Le obbiezioni di cui è passibile il pagamento a visite in regime assicurativo sono parecchie: 1° è irrealizzabile, a meno di restrizioni che lo renderebbero illusorio: 2° è anti-sociale, in quanto che non risponde alla mèta profilattica che dovrebbe costituire un canone della riforma dei servizi di assistenza sanitaria; 3° è irrazionale, perchè troppo tassametrico e quindi abbassa la dignità dei medici sotto quella di altri professionisti e perchè pone in continuo contrasto la coscienza e l'interesse del medico; 4° aggrava il lavoro di scritturazione, il lavoro di controllo, le spese amministrative; ecc.

Se pure i medici italiani si dimostrassero tutti di tanto superiori a quelli di altri Paesi, da evitare l'abuso delle prestazioni inutili, cadrebbe soltanto la prima obbiezione; ma rimarrebbero le altre e perciò neanche allora potrei consentire che il sistema sia «moralmente e praticamente il migliore».

II. La libera scelta è in piena antitesi col *forfait*, capitario o ad appalto, nel quale il contratto di lavoro iugula il medico (ciò ha reso particolarmente ingrato il servizio presso quasi tutte le mutue).

Perciò non posso convenire che la libera scelta con compenso capitario significherebbe un ritorno al *forfait*.

III. Ai medici di zona non competerebbero funzioni prevalentemente fiscali, dato che queste van-

no tenute largamente distinte da quelle curative e che i medici di zona eserciterebbero con la massima libertà ed in concorrenza coi colleghi.

I medici di zona potrebbero però, a me pare, essere preferiti per accedere alla carriera ispettiva e fiscale (dei medici fiduciari).

IV. Condizione essenziale per il successo è di armonizzare e contemperare l'interesse dei medici con l'interesse collettivo: perciò non preoccuparsi unicamente del contratto di lavoro, ma subordinarlo ai bisogni del pubblico.

Ciò porta ad una diversa valutazione delle possibilità che si prospettano per la realizzazione della riforma.

Non ho la pretesa di convertire alle mie opinioni tutto il corpo medico italiano nè di far accettare il sistema che a me sembra migliore; ma confido che questo cortese dibattito, tenuto vivo dal dottor Martinelli, abbia giovato a chiarire il problema e a dare una visione più esatta della realtà, affinchè le assicurazioni-malattie, se e quando verranno, possano appagare le sostanziali aspirazioni della classe e portare a felici risultati per tutti.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

Contro il ripristino della Condotta piena.

Il Ministero degli Interni ha indirizzato ai Prefetti del Regno una circolare di cui riportiamo larga parte:

« Consta al Ministero che in qualche Comune si tenti di ripristinare sotto larvate forme, l'abolita condotta a cura piena, sia includendo nell'elenco dei poveri tutti gli abitanti del luogo, sia compilando elenchi separati di persone abbienti da curarsi dal medico condotto mediante un compenso a *forfait*, che viene corrisposto a carico del bilancio comunale.

Questi ed altri tentativi del genere debbono essere, senz'altro, repressi, perchè manifestamente diretti ad eludere la legge e l'efficacia dei provvedimenti adottati per la trasformazione delle condotte piene in condotte residenziali.

L'art. 16 del Regolamento 14 luglio 1906, n. 466, prescrive la formazione di un unico elenco di coloro che per le disagiate condizioni in cui versano, non si trovano in grado di provvedere a proprie spese, ed in caso di malattia, all'assistenza sanitaria farmaceutica.

L'elenco deve essere compilato in base a norme appositamente stabilite ed inscritte nei regolamenti locali di igiene allo scopo di determinare a chi possa essere attribuita la qualità di povero; tali norme devono essere approvate dalla SS. LL., previo parere del Consiglio Provinciale di Sanità. In sede di siffatta approvazione occorre perciò vigilare attentamente perchè la legge non venga elusa, mentre per quanto concerne il divisato pagamento a *forfait* di compensi speciali ai medici condotti per la cura di persone non comprese nell'elenco, è chiaro che le eventuali deliberazioni comunali che si possono adottare in tal senso, dovranno essere annullate, perchè costituiscono atti di mera liberalità, e che nessun stanziamento al riguardo dovrà essere ammesso sui bilanci comunali ».

ISTRUZIONE SUPERIORE.

Un tenace pregiudizio.

Con questo titolo il *Journal de Médecine de Bordeaux* tratta d'un argomento ch'è così in voga in Francia come in Italia: lo stipendio dei professori di Università.

Per i Francesi un buon passo è stato fatto: i titolari hanno raggiunto da 20,000 a 25,000 fr. Della loro miseria i professori italiani devono essere alteri: è un titolo d'onore sopportarla con decoro e con rassegnazione!

Il pregiudizio consiste nel tentare di opporre gli uomini di laboratorio ai clinici, volendo aumentare gli stipendi ai primi in confronto dei secondi. Non solo l'opposizione non esiste; ma la distinzione è impossibile. In Francia, come da noi, quante volte si è posto il problema, altrettante volte si è trovato insolubile. Gli uomini di laboratorio trovano non di rado delle fonti di guadagno, migliori che quelle dei clinici. Non di rado si danno essi stessi con successo alle consultazioni di gabinetto, quando non pure alla pratica. Le distinzioni sono non soltanto arbitrarie, ma spesso ingiuste.

Il clinico, per la responsabilità che la sua opera d'insegnante importa, ha maggiori obblighi di lavoro per la scelta e preparazione dei malati, per l'educazione tecnica degli allievi. Deve consumare nell'Istituto più tempo, incontra e deve superare i difficili problemi che la natura mette: gli altri o insegnano quanto è noto o risolvono i problemi ch'essi pongono a sè stessi. Se l'assegno per *direzione d'Istituto* fosse proporzionato agli obblighi ch'esso comporta, i direttori di clinica dovrebbero avere un assegno decuplicato.

Ma i confronti sono odiosi. Dei loro sacrifici i clinici sono compensati dai loro proventi di consultazioni private, si dice, ed è in parte vero. Quale, quanto compenso? Quante volte non vi rinunzierebbero volentieri? Le attrattive dell'insegnamento e dei problemi scientifici vincerebbero sulla seduzione del guadagno, quando le necessità della vita fossero soddisfatte.

Più sostenibile parrebbe la tesi inversa. Se le condizioni economiche che l'insegnamento crea ai professori, a tutti i professori, assicurassero loro una vita decorosa, essi non sentirebbero la spinta alle noie dell'esercizio professionale e la comunità avrebbe tutto da guadagnare dalla completa dedizione di tali valentuomini alla scuola.

Il legislatore non ha il diritto d'occuparsi di quanto fa un professore fuori del suo ufficio: ciò non lo riguarda. Il Governo deve scegliere dei buoni educatori; sorvegliare come intendono al loro ufficio di maestri e di studiosi; incoraggiarli se lavorano; *ringraziarli* se non si addimostrano pari ai loro alti doveri. Al licenziamento dovrebbe avere diritto di arrivare il Governo per i professori che non compiono il loro dovere. Ma come potrebbe immischiarsi dei loro affari privati? Avrebbe una curiosità, che confinerebbe con l'indiscrezione. Il medico principe, milionario per definizione, è il pregiudizio inamovibile dalla testa di molta gente colta. Si crede sempre vero ciò che fa piacere a credere, anche se vano e alquanto irragionevole, scriveva Buffon.

TIZIO.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Riunione del Comitato Generale antitubercolare

Nei giorni 14 e 15 febbraio u. s. si è riunito, presso la Direzione generale della Sanità pubblica, il Comitato Centrale antitubercolare sotto la presidenza del senatore prof. Camillo Golgi.

Intervennero quasi tutti i componenti.

Il Direttore generale della Sanità pubblica riferì sul lavoro compiuto nel 1920 e mise in rilievo le enormi difficoltà, attraverso le quali si raggiunsero i soddisfacenti risultati ottenuti nella organizzazione del complesso servizio di profilassi antitubercolare; difficoltà rappresentate sopratutto dalle anormalità del momento, per lo aumento vertiginoso del costo di materiali di costruzione, della mano d'opera, del costo dei trasporti, ecc., elementi, tutti, influenti, quando si tratta, come nella specie, di dover provvedere alla costituzione di nuovi specifici congegni.

Il Ministero fu largo di incoraggiamenti verso ogni seria iniziativa di Enti e privati cui concorse con cospicui sussidi di integrazione, in base ai risultati di appositi accertamenti e col controllo dei Comitati provinciali antitubercolari.

Di questa larga azione sovventiva si sono avvantaggiati 183 enti aventi per iscopo la istituzione di colonie estive per fanciulli, 37 enti aventi per iscopo il mantenimento di colonie permanenti, 7 dispensari antitubercolari in corso di istituzione, 34 dispensari già in funzione, 33 ospedali e sanatorii che accolgono tubercolosi in atto, nonchè vari altri enti e comitati che provvedono alla profilassi antitubercolare in genere (scuole di assistenza alla infanzia, asili infantili, goccie di latte, dispensari per lattanti, ecc.).

Cinque enti ospedalieri chiesero ed ottennero mutui per nuovi impianti e cioè quelli di Savona, Imola, Capri, Marsala e Larino.

Sono in corso di preparazione progetti per Caltanissetta, Cremona, Foggia, Piacenza, Siracusa, Piazza Armerina, Cagliari e Potenza.

Quanto ai dispensari antitubercolari, nel 1920 ne sorsero dieci e sono in corso le pratiche per la istituzione di altri tredici. A Firenze è in studio un vasto piano di lotta antitubercolare mentre anche a Teramo si organizzano tali servizi con larghezza di vedute.

L'interessamento della Direzione generale della Sanità pubblica fu vivissimo per la costituzione dei consorzi antitubercolari, voluti dalla Legge 24 luglio 1919, allo scopo di raggiungere la concreta ed efficace applicazione ed il coordinamento di tutte le misure dirette a combattere la grave malattia in vaste zone di territorio.

Le Prefetture furono particolarmente sollecitate, ed ebbero istruzioni e direttive dettagliate da seguire durante i vari stadi del provvedimento.

In alcune provincie la formale costituzione di tali consorzi è già avvenuta; così a Chieti e Novara; ed in altre le pratiche sono pressochè ultimate (Alessandria, Pavia, Piacenza, Rovigo, Milano e Torino, dove il Prefetto ha già dichiarato la obbligatorietà del Consorzio). Le pratiche relative sono anche state iniziate in altre provincie.

Quanto alle colonie marine e montane fu posta ogni cura per dare alle esistenti il necessario sviluppo ed evitare ogni dispersione di energie, e vivo fu lo interessamento in proposito delle autorità politiche e sanitarie provinciali e dei comitati antitubercolari, come pronto l'aiuto del Ministero, sia con elargizioni in denaro, sia con la concessione di materiale (padiglioni, tende-baracca, tende ricovero di vari tipi, materiale letterecció ecc.).

Fu del pari incoraggiata la istituzione di colonie campestri e fluviali, per le quali occorrono mezzi più modesti, ma che, se funzionano con criteri razionali, dànno risultati notevoli.

La relazione del Direttore generale, comm. Lutrario, diede luogo ad una larga e serena discussione, cui presero parte quasi tutti gli intervenuti alla riunione. Tutti espressero il loro compiacimento per i notevoli risultati ottenuti a traverso le non lievi difficoltà di ambiente e finanziarie.

Il prof. Baduel, direttore generale della Croce Rossa Italiana, si intrattenne particolarmente sulla azione spiegata dalla Croce Rossa a favore di bambini viennesi e delle zone del Veneto, che furono teatro della guerra, ammessi nelle varie colonie funzionanti nel Regno a cura di tale istituzione, e ricordò il concorso dato dalla stessa alla ospitalizzazione sanatoriale in importanti istituti.

Il prof. Foà raccomandò in modo speciale lo sviluppo e la diffusione degli istituti aventi per iscopo la assistenza dei fanciulli affetti da tubercolosi chirurgica.

Dall'on. Maffi fu ricordata la Legge speciale che trovasi davanti al Senato, la approvazione della quale permetterà una più vasta azione profilattica e curativa.

I generali Della Valle e Petella ricordarono anche essi quanto dallo Esercito e dalla Marina è stato fatto per i tubercolosi di guerra, ed il senatore Marchiafava i risultati conseguiti nella provincia di Roma, dove funzionano numerosi istituti di profilassi antitubercolare.

Rispose a tutti il comm. Lutrario, che ringraziò delle parole cortesi rivolte, da tutti i componenti il Comitato, a lui personalmente ed allo ufficio che egli dirige.

Dopo di che fu seguito con interesse quanto fu esposto dal prof. Foà intorno al convegno delle associazioni antitubercolari tenutosi a Parigi nel 1920; dal prof. Villa intorno alla destinazione da dare alla Villa Olivo di Mergozzo; dal dott. Massone intorno al corso di profilassi antitubercolare tenutosi in Napoli nel 1920 ed al funzionamento dei congegni antitubercolari (dispensari, sezioni ospedaliere, istituzioni per bambini, colonie estive) colà organizzate.

L'ottima organizzazione della profilassi antitubercolare nel Napoletano fu oggetto di particolare largo esame da parte dei vari membri del comitato e ne furono rilevate le sapienti direttive.

Sui vari impianti riferì anche il prof. Manfredi che ebbe recentemente occasione di visitarli e constatarne l'ottimo funzionamento e che propose un voto di plauso alle autorità ed enti tutti, che hanno contribuito al loro sorgere e al loro sviluppo, voto che fu ad unanimità approvato.

ATTI PARLAMENTARI.

Provvedimenti per i malarici e i ciechi di guerra.

Ad una interrogazione dell'on. Dore ed altri al Ministro del Tesoro e Pensioni di guerra per sapere se intenda disporre che la cura dei congedati malarici sia fatta ininterrottamente per tutto l'anno, e quali direttive abbia seguito per l'assistenza dei ciechi ricoverati a Villa Felicetti, l'on. Bianchi Vincenzo, Sott.-Segr. per l'Assistenza Militare e Pensioni di guerra, dette notizia di quanto è stato fatto finora per venire in soccorso dei malarici, che contrassero la malattia in guerra. Per la cura di essi, che sono stati censiti in 100.000, sparsi in ben 6010 comuni, sono stanziati in bilancio e si sono in gran parte spesi non meno di 8 milioni. La cura per i casi più gravi — circa 3000 malati — si è effettuata negli ospedali, per le forme più ostinati sono stati istituiti 5 sanatorî in montagna ed uno in riviera, i quali hanno ricoverato circa 2000 malarici ed a questi ed alle loro famiglie si sono corrisposti anche larghi sussidi. Ma la gran massa dei malarici è stata curata a domicilio, per disturbarli il meno possibile dal lavoro abituale: per la cura ambulatoria si sono impiegati circa 6000 kg. di chinino, 700 kg. di liquore arsenicale, un milione di fiale di cacodilato di sodio, 3 milioni e mezzo di pillole ricostituenti e circa 6000 kg. di mistura Baccelli.

I risultati sono stati assai confortanti, in quanto che la metà quasi dei malarici censiti sono guariti e tornati al lavoro. Per l'altra metà la cura sarà continuata per tutto l'anno.

Per quanto riguarda i ciechi di guerra ricoverati a Villa Felicetti, l'on. Bianchi comunica che l'Opera di Assistenza ai militari ciechi, storpi e mutilati di guerra, dalla quale l'Istituto dipendeva, aveva deciso di chiuderlo col 15 agosto 1920. Ciò provocò la più viva opposizione dei ricoverati. Il Sottosegretariato per l'assistenza militare e le pensioni di guerra assunse allora la spesa per il mantenimento dei ciechi. Sono ora in corso le pratiche coi Ministeri della Guerra e dell'Interno per una sistemazione definitiva.

Per il riconoscimento delle lauree italiane in Svizzera

L'on. Antonio Scialoja ha presentato un'interrogazione al Ministro degli Affari Esteri e al Ministro della Pubblica Istruzione «per conoscere se non credano opportuno continuare nelle amichevoli e cordiali intese col Governo federale svizzero e con le Autorità del Canton Ticino perchè siano riconosciuti per l'esercizio professionale in Svizzera i titoli accademici conseguiti in Italia dai giovani ticinesi e se non credano utile a questi fini istituire come nell'Università di Pavia anche in quella di Roma, ed eventualmente in altre città, la Cattedra di Diritto Svizzero, e studiare le massime facilitazioni perchè i giovani ticinesi possano frequentare con opportune integrazioni tutte le altre Facoltà».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8701) *Prescrizione.* — Dott. P. G. da S. F. — Il suo credito si prescrive nel decorso di cinque anni a mente del disposto dell'art. 2144 del Codice civile, perchè è costituito da somme pagabili a termine periodico.

(8702) *Indennità caro-viveri - Servizio sanitario nel Carcere mandamentale.* — Dott. S. C. da B. — Poichè la legge stabilisce che la indennità suppletiva deve essere corrisposta unicamente ai figli minorenni od inabili al lavoro, la figliuola, di cui è parola nel quesito, ha perduto il beneficio. L'operato del Comune è, quindi, legale. — Il medico condotto non è obbligato a curare gratuitamente i ricoverati nel Carcere mandamentale. Se lo fa, deve essere pagato a carico di tutti i Comuni, che compongono il mandamento. La somma prestabilita è, però, a norma dell'art. 237 del Regolamento per la esecuzione della legge comunale, anticipata dal Comune capoluogo, salvo rimborso da parte degli altri.

(8703) *Nomina a medico condotto.* — Dott. V. S. da P. — La nomina fatta dal Commissario Regio è pienamente valida, se fu approvata dalla G. P. A. Non vi è alcun bisogno di ratifica da parte del Consiglio comunale, nè pel biennio di prova nè per altro. Il Consiglio comunale non può annullare la nomina fatta dal R. Commissario, in quanto che verrebbe ad annullare il concorso, e con ciò si esporrebbe a pagare al titolare i danni materiali e morali. Essendo avvenuta la sua nomina, la graduatoria non ha più valore ed il secondo graduato non ha alcun diritto ad occupare quel posto, che ad esso non fu conferito in primo tempo. Appena il Consiglio si pronuncierà sulla deliberazione del R. Commissario, può Ella impugnare la relativa deliberazione per le ragioni anzidette e citare, se fosse licenziata, il Comune per il risarcimento di danni.

(8704) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. B. da M. — Le compete la indennità caro-viveri di lire 100 mensili. Nulla pei figli, perchè non superano il numero di tre. — Nel Comune limitrofo, ove non è condottato, deve pagare la tassa di esercizio, come professionista libero.

(8705) *Nomina a medico condotto - Periodo di prova.* — Dott. abbonato 13303. — Il periodo di interinato si computa in quello di prova quando la nomina è fatta in base a concorso. La giurisprudenza è, ora, concorde nell'ammettere tale principio.

(8706) *Inscrizione alla Cassa di previdenza - Cura di operaio infortunato.* — Dott. G. B. da B. — Non può usufruire di nessuna delle disposizioni contenute nella legge sulla Cassa di previdenza per riscattare i molti anni di servizio prestati prima della sua inscrizione. Non può invocare neanche la legge per la pensione ai medici anziani, perchè, come Ella stessa asserisce, non era in servizio nell'epoca in cui entrò in vigore la legge sulle pensioni. — Se l'operaio infortunato appartiene alla sua condotta ha diritto di essere curato gratuitamente, qualora figuri nello elenco dei poveri.

(8707) *Titoli per la nomina ad ufficiale sanitario.* — Dott. F. R. da V. — L'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo non è considerata equipollente al diploma di ufficiale sanitario. Al concorso per ufficiale sanitario può valere come titolo.

(8708) *Incarico provvisorio per ufficiale sanitario.* — Dott. R. S. da R. — Confermiamo pel suo quesito la risposta inserita nel fascicolo 51 del decorso anno 1920 a pag. 1810 da Lei rilevato, che corrisponde a tassative ed indiscutibili disposizioni di legge.

(8709) *Concorsi - Titoli di preferenza.* — Dott. P. C. da P. — Il decreto del 18 settembre 1919. n. 1825, stabilisce che nei pubblici concorsi degli Enti locali, a parità di merito avranno titolo di preferenza nel seguente ordine:

1° gli invalidi di guerra, a norma dell'art. 7 della legge 25 marzo 1917, n. 481;

2° gli orfani di guerra ed i figli degli inabili al lavoro in seguito a lesioni od infermità incontrate per servizio in guerra, o comunque, per un fatto di guerra rispettivamente a norma degli articoli 36 e 42 della legge 18 luglio 1917, n. 1148;

3° i decorati con medaglia d'argento al valor militare o di marina nella passata guerra;

4° coloro che per maggior tempo hanno prestato lodevole servizio militare come combattente in zona di guerra;

5° coloro che hanno prestato per maggior tempo lodevole servizio presso pubbliche amministrazioni.

(8710) *Tassa esercizii e rivendite.* — Dott. A. M. da C. — Il medico condotto è, come tale, esente dal pagamento della tassa esercizii; vi è, però, sottoposto in quanto all'esercizio professionale libero che egli eventualmente cumulasse con il servizio della condotta.

(8711) *Infortuni sul lavoro - Prime immediate cure.* — Dott. A. P. da P. dei G. — Le prime immediate cure da prestarsi agli infortunati competono in special modo agli ufficiali sanitarii ed ai medici condotti, salvo che il Prefetto non abbia autorizzato l'esercente a provvedere diversamente e direttamente in conformità di quanto dispone l'art. 118 del Regolamento approvato con R. decreto del 13 marzo 1904, n. 141.

(8712) *Sessennii - Computo degli anni di servizio utili.* — Dott. S. B. da P. M. — Il periodo di servizio prestato da ufficiale sanitario non si può cumulare con quello prestato da medico condotto, agli effetti del conseguimento del sessennio, essendo stato dalla G. P. A. accordato quattro sessennii al medico condotto e non all'ufficiale sanitario.

(8713) *Ufficiale sanitario - Nomina.* — Dott. A F. da P. — Per esercitare la carica di ufficiale sanitario non è sufficiente l'indicazione fatta dal Consiglio comunale, ma occorre la nomina del Prefetto ai sensi dell'art. 18 della legge sanitaria. Allo stato attuale nessuno dei due esercenti nel Comune è ufficiale sanitario: non il vecchio medico perchè costui con le dimissioni da medico condotto è decaduto anche dallo incarico di ufficiale sanitario, che alla qualità di condottato era connessa, non il nuovo perchè non ha ricevuto nomina prefettizia. Ed il Prefetto, volendo procedere ad incarico provvisorio, dovrebbe nominar Lei, che è ora libero esercente, e non il nuovo medico, che è condottato.

Qualora si nominasse il nuovo, Ella ha diritto di impugnare la nomina per violazione dell'art. 18, capoverso 2°, della legge sanitaria alla IV Sezione del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale.

(8715) *Stabilità periodo di prova.* — Dott. M. D. da M. — Non si può mai acquistare la stabilità se non si è ottenuta la nomina a medico condotto mediante concorso. Nel biennio di prova va incluso il servizio prestato prima della nomina conseguita a seguito di concorso, ma se non si espleta e vince il concorso non è a parlare di acquisto di stabilità. Non vi è bisogno di disdetta per far cessare il servizio del collega: esso cessa di diritto con lo spirare del termine cui fu sottoposta la nomina o col verificarsi dello evento stabilito come punto di cessazione. Ella può ricorrere al Medico provinciale perchè induca il Comune a bandire il concorso.

(8716) *Infortuni sul lavoro.* — Dott. P. P. da L. — I compensi dovuti ai medici condotti ed agli ufficiali sanitari per le prime cure da prestarsi agli infortunati sono tuttora regolati dallo articolo 149 del regolamento appovato con R. decreto del 13 marzo 1904, n. 141, di cui non credesi probabile pel momento alcuna modifica. Non è possibile chiedere allo Istituto assicuratore compenso maggiore di quello, all'uopo, prestabilito in detto regolamento.

(8717) *Indennità caro-viveri - Ricchezza mobile.* — Dott. G. T. da T. — Se il Comune ha volontariamente concesso ai propri impiegati la seconda indennità caro-viveri portata dal R. Decreto del 3 giugno 1920, n. 737, deve loro corrispondere la somma di lire 100 mensili. Al personale ammogliato o che abbia persone di famiglia conviventi ed a carico, minori od inabili al lavoro, deve, inoltre, assegnare una indennità suppletiva in ragione di cent. 85 giornalieri per ogni persona, compreso il coniuge. Il medico condotto paga la R. M. sullo stipendio in ragione di lire 8.65 % oltre 50 centesimi su ogni 100 lire di tassa. Sul caro-viveri si paga egualmente la R. M. ed anche sulla indennità cavalcatura, se sia corrisposta *à forfait.*

Doctor JUSTITIA.

Medici di reparto delle Ferrovie. — Al dott. G. A. da T.:

Non è stato ancora bandito il concorso per la nomina del medico del reparto di Treviso, ora vacante. Sono allo studio modificazioni delle circoscrizioni dei reparti di Treviso e limitrofi. D. G.

Medici di bordo. — Al dott. E. P. da B.:

Si attende, a bandire il nuovo esame, di avere introdotte nel programma alcune modificazioni, predisposte, e che saranno portate in Consiglio superiore di Sanità nella prossima sessione.

C. T.-C.

CONCORSI.

ALESSANDRIA. — Il Municipio avverte che il bando dei concorsi indetti sotto la data 5 febbraio 1921 dal Municipio stesso, per quanto riguarda la specificazione degli assegni da attribuirsi al Medico condotto supplente all'ufficio di igiene, va rettificato nel senso che al medesimo, oltre che lo stipendio di L. 5000 suscettibile di sei aumenti biennali in ragione del 4 % e l'indennità caro-vivere nella misura e con le riserve stabilite, sarà corrisposto, a termini di regolamento, uno speciale assegno di L. 500 annue.

BORGOMARO (*Porto Maurizio*). — Condotto ed uff. san. consorziale, lorde L. 9442 oltre indennità c. v. Scad. 31 marzo.

CASTEL S. PIETRO DELL'EMILIA (*Bologna*). — Quattro condotte di cui due consorziali: L. 8000, per queste ultime lire 9000; caro-viveri, aumenti periodici; L. 3000 pel mezzo trasporto: L. 3 per ogni povero in più oltre i mille. Scad. 31 marzo.

CERES (*Torino*). — Cond.; L. 4000 (*sic*); L. 500 per indennità trasp.; L. 100 per alloggio; L. 500 per uff. san. Scad. 31 mar.

CORIANO (*Forlì*). — 3° reparto; proroga al 31 marzo; L. 6500 lorde per circa 500 poveri; dieci bienni del ventesimo; L. 2000 per cavalc. (In corso di approvaz. aumenti a L. 8000 e 2500).

IMOLA. *Congregazione di Carità. Manicomio di S. Maria della Scaletta (Osservanza)*. — Direttore; L. 11,000. Due medici primari di sezione: L. 9000. Un medico ordinario di sezione; L. 7600. Stipendi al netto di R. M.; il primo aumentabile di L. 200, gli altri di L. 150, per i primi 15 anni annualmente e per i 10 successivi biennalmente. Per il direttore, alloggio in apposita palazzina; per i primari L. 600 d'indennità alloggio; per il medico ordinario L. 500 d'indennità alloggio, vitto nei giorni di guardia. Scad. ore 17 del 15 apr. Chiedere annunzio.

LIGNANA (*Novara*). — Cond.; L. 4000 e L. 4 ogni povero oltre i 300 (attualmente sono 900); per uff. san. L. 500; alloggio; indennità cav. secondo capitolato-tipo. Scad. 22 mar.

NISSOVIA (*Catania*). — Cond.; L. 5000; cinque quinquenni del decimo; L. 50 (*sic*) per uff. san. Scad. 31 mar.

VENTIMIGLIA (*Porto Maurizio*). — Due condotte residenziali per le frazioni. Scad. 23 marzo.

VIGEVANO (*Pavia*). — *Ospedale ed Istituti annessi*. — Concorso per titoli ed esami a Chirurgo primario; L. 4750 lorde; quattro quinquenni del decimo; compartecipazione del 55 % sui proventi netti degli atti operativi; caro-viveri. Domanda e documenti alla Direzione amministrativa entro il 15 apr. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministraz.

ZERI (*Massa-Carrara*). — Condotta con residenza nella frazione Coloretta e funzioni di uff. san.; poveri, L. 7000 lorde; L. 1500 indennità cavalc.; c. v.; aumenti quinquennali. Scad. 25 marzo.

Diffide.

Nuove diffide: Bernareggio e Cesate (Milano), Castelletto Scazzoso (Alessandria), Bugnara (Aquila), Campagnano (Roma).

Revoca di diffide: Arcevia (Ancona).

Cederebbonsi annate del *Policlinico*, Sezioni Medica e Pratica, dal 1894 al 1920, in massima parte rilegate. Scrivere o rivolgersi alla signora Albina vedova Ingegni, Borgo Garibaldi, 266, p. III, Albano Laziale (Roma).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grande ufficiale: dott. Santi Bivona, Palermo.

Commendatore: prof. Baldo Zaniboni, Padova.

Cavalieri: dott. Giuseppe Mele, Amalfi; dott. Giuseppe Mindelli, Milano.

NOTIZIE DIVERSE.

L'unità di comando nella lotta contro le sofferenze in Europa e la Lega delle Società di Croce Rossa.

La lotta contro le malattie e la miseria nei paesi d'Europa provati dalla guerra s'impone oggi in modo impellente, e poichè è stato constatato che iniziative anche molteplici, ma separate le une dalle altre, non dànno un rendimento pari alle energie e ai mezzi che vi si consacrano, si è pensato che solo mediante una direzione internazionale unica si potesse evitare la duplicazione degli sforzi e la perdita di danaro che ne deriva.

Un'autorità internazionale tanto forte da assumersi una responsabilità così grande non poteva trovarsi — all'infuori della Lega delle Nazioni — che nella Lega delle Società di Croce Rossa che ha la Sede centrale a Ginevra. Questa coordinazione delle opere di soccorso è appunto uno dei principali scopi per cui la Lega fu fondata.

La Lega delle Società di Croce Rossa impiegherà dunque tutte le forze della sua potente organizzazione per condurre a buon fine l'arduo còmpito che si è assunto. La Lega è infatti in grado di provvedere a tutte le spese di amministrazione della sua sede centrale, così pure quelle delle sue missioni senza ricorrere ai mezzi che le sono affidati per speciali opere di soccorso.

Un certo numero di Associazioni di soccorso hanno già aderito a tale grandioso progetto, oltre le Società nazionali di Croce Rossa dell'Australia, Belgio, Canadà, Chilì, Danimarca, Spagna, Stati Uniti, Francia, Gran Bretagna, Grecia, Olanda, Italia, Norvegia, Polonia, Portogallo, Rumenia, Svezia e Ceco-Slovacchia. È certo che questo fascio di energie, alla testa delle quali si trova un organismo così autorevole e che possiede tutti i mezzi necessari, sarà capace di guadagnarsi la fiducia dei popoli e di assicurare in larga misura l'aiuto volontario, così essenziale ed urgente.

La Lega delle Società di Croce Rossa (Ginevra) è pronta a rispondere a tutte le richieste d'informazioni, sia direttamente, sia a mezzo delle Società di Croce Rossa che ne fanno parte.

Le finalità dell' Istituto Italiano di Igiene ed Assistenza Sociale.

Sono chiarite nel libro di *Medicina Sociale* del prof. Ettore Levi e nel riassunto che, come il libro, sarà distribuito a chiunque ne faccia richiesta.

A complemento dei dati forniti si informa che:

L. 100,000 sono state versate spontaneamente dal Sig. Gustavo Ragnoli, in nome del Consorzio di Approvvigionamenti M. S. di Genova;

L. 50,000 annue per 3 anni sono state garantite dal comm. Toeplitz per la Banca Commerciale Italiana.

Risulta che analoga misura stanno per prendere le altre 3 grandi Banche, mentre il senatore Della Torre provocherà l'attribuzione di contributi per parte delle minori Banche, della cui Associazione egli è Presidente.

Le Camere di Commercio di Genova e Milano hanno ufficialmente interessato i Presidenti di tutti i grandi Enti economici italiani che, come risulta dall'appendice del riassunto, hanno distribuito ufficialmente il programma del prof. Levi, ad assumere le direttive del finanziamento dell'ormai già creato Istituto.

Varie grandi Associazioni italiane di lotta contro le malattie sociali hanno dichiarato di volersi riunire in Federazioni regionali, riconoscendo a loro organo centrale l'Istituto ideato dal prof. Levi.

Primo e solenne esempio di tale armonico avviamento è stato dato dalla *Lega Antitubercolare* di Genova, che si è trasformata in *Lega Ligure di Igiene sociale*.

Il Prefetto di Milano e vari altri Prefetti del Regno hanno manifestato alla Presidenza del Consiglio il loro favorevole giudizio sull'importanza di difesa sociale dell'iniziativa del prof. Levi.

Istituto di Medicina sociale a Madrid.

È stata costituita la Giunta di Governo di questo nuovo Istituto, del quale demmo già notizia. Alla presidenza è stato chiamato il dott. Sebastián Recaséns; le varie sezioni sono state così distribuite: studi e ricerche medico-sociali, dott. Gustavo Pittaluga; insegnamento, dott. Antonio Piega; propaganda, dott. Gregorio Marañon; azione politica, avv. Giulio Senador; segretario generale, dott. Antonio Aguado Marinoni.

Istituto per saggi terapeutici a Berlino.

Nell'ultimo Congresso tedesco di Medicina Interna si è decisa la erezione, per oblazioni personali, di un Istituto destinato a saggiare il valore terapeutico dei nuovi medicamenti. Dovrà sorgere presso l'Istituto Farmacologico di Berlino, diretto dal prof. Heffter.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Il 4 aprile, nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Parma, avrà principio il corso complementare d'Igiene pratica per gli aspiranti alla carica di Ufficiale sanitario. Questo corso durerà due mesi e comprenderà lezioni di *Epidemiologia, Legislazione e polizia sanitaria, Ingegneria sanitaria* ed esercitazioni di *Microbiologia, Bromatologia* e *Tecnica delle disinfezioni*.

Per essere ammessi si dovrà farne domanda (in carta bollata da lire 1.00) al Rettore di detta Università presentando:

a) diploma di laurea (in Medicina e Chirurgia, Chimica, Chimica farmaceutica, Veterinaria);

b) ricevuta di L. 100 rilasciata dall'Economo della stessa Università.

A chi avrà frequentato detto corso verrà, in seguito a prova d'esame, rilasciato un certificato degli studi fatti.

Essendo limitato il numero dei posti disponibili, le iscrizioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione della domanda.

Agli ammessi si consiglia di portare il microscopio adatto per le ricerche batteriologiche.

Prolusione.

Il 17 gennaio il prof. Domenico Taddei tenne la sua prolusione di clinica chirurgica presso l'Università di Pisa, ove è stato chiamato in sostituzione del compianto prof. Ceci. Svolse con mirabile maestria il tema «L'opera e gli stati d'animo del chirurgo».

“Biblion ,,.

Questo nuovo Istituto bibliografico ha iniziato la pubblicazione di un Bollettino che raccomandiamo a tutti i medici colti che vogliano mantenersi al corrente della varia e ricca produzione editoriale italiana; la direzione e la redazione hanno sede in via Banco Santo Spirito 21, l'amministrazione in via Napoleone III 70, Roma. L'abbonamento annuo costa L. 10.

Gli associati a «Biblion» hanno diritto ad uno sconto del 10 % su tutte le pubblicazioni non periodiche italiane. «Biblion» sarà anche una Casa editrice. Si è fatta iniziatrice di un Catalogo sistematico completo della produzione libraria italiana, di un Annuario bibliografico delle scienze agrarie italiane e affini, di un Annuario legislativo italiano, e del Bollettino Bibliografico delle pubblicazioni italiane di cui annunziamo l'avviamento. In questo Bollettino vorremmo un po' meglio curata e disciplinata la sezione relativa alle scienze mediche.

Plaudiamo di cuore all'utile intrapresa.

Scambio di professori fra l' Italia e l' America.

Il Console italiano a Boston ha proposto al Governo uno scambio di professori universitari italiani delle Facoltà scientifiche con professori della celebre Università di Haward nella quale vi sono 400 insegnanti e 6000 studenti circa.

Centri Medici negli Stati Uniti.

Se ne vanno costituendo in varie località; al tempo stesso vecchi istituti sanitarî e case di cura assumono questa forma d'organizzazione.

Le basi finanziarie sono svariatissime: alcuni centri sorgono per iniziativa di privati, i quali ne fanno una speculazione di lucro; altri per iniziativa di grandi istituti industriali o commerciali (ferrovie, banche) a beneficio del loro personale; altri per iniziativa di mutue (per es. a Chicago); altri infine sono costituiti da medici che si collegano in cooperative; ma questa forma è rara, per-

chè i medici, assorbiti e sopraffatti dal lavoro professionale, non hanno tempo nè modo di accudire alla preparazione finanziaria ed alla gestione amministrativa. Se ne hanno però alcuni esempi. Nel Medio Wisconsin, a Oshkosh, i medici hanno affittato, fin dal 1919, un grande fabbricato, e vi hanno organizzato una policlinica, con accentramento dei servizi sanitari, ai quali hanno impresso poi la coordinazione che dovrebbe caratterizzare i «centri medici». Nel Dakota del Nord, a Baker, si è costituito un «gruppo medico» con 50,000 dollari di capitale, per condurre una pratica medica unificata ed accentrata. E così via.

Il progetto di legge Sage, presentato al Parlamento dello Stato di New York, avrebbe affidato ai poteri statali l'organizzazione di numerosi «centri medici».

Il Corpo Sanitario in Inghilterra.

Conta 37,975 medici, 6000 dentisti, 10,000 farmacisti, 30,000 infermiere e 40,000 levatrici circa: in tutto 128,000 membri della grande famiglia sanitaria.

I medici di Budapest.

Un telegramma del «New York Times» fa sapere che i medici di Budapest attraversano un periodo di crisi talmente grave che la maggioranza di essi si trovano costretti a vendere gli strumenti della loro professione per poter vivere, non potendo i clienti pagare le cure loro prestate. La situazione, già abbastanza difficile, è aggravata dalla presenza di numerosi medici rifugiatisi in questi ultimi tempi a Budapest

I medici stranieri in Spagna.

Fin dal 1869 tutti gli stranieri laureati in qualsiasi Università del mondo erano ammessi ad esercitare liberamente la professione in Spagna. Durante e specialmente dopo la guerra si è riversata in quel paese una vera valanga di medici tedeschi e austriaci, molti dei quali non hanno correttamente ottemperato ai doveri di ospitalità. Di ciò si sono doluti i medici spagnuoli, ed il Governo, raccogliendo le loro proteste, ha emesso un decreto per il quale possono esercitare in Spagna la professione solo gli stranieri laureati in Università di Stati che ammettono il libero esercizio entro i proprii confini ai laureati in Università spagnuole. I medici spagnuoli sono soddisfatti di questo provvedimento governativo, che li libera dalla concorrenza, talvolta sleale, di numerosi stranieri. Ma c'è chi teme che la Germania e l'Austria accettino la reciprocità di trattamento per poter ancora mandare in Spagna i loro medici laureati.

La popolazione russa diminuisce.

Un telegramma di Helsingfors dà notizia che, secondo i dati conosciuti dell'ultimo censimento, testè effettuato in Russia, la popolazione totale della Russia si è ridotta circa del 10 %. La diminuzione importa il 45 % a Mosca, il 71 % a Pietrogrado ed è molto sensibile in tutte le città; invece si è prodotta solo in proporzioni minime nelle campagne.

In memoria di Gorgas.

Il governo di Panama ha stanziato dieci milioni di dollari, ossia 250 milioni delle nostre lire correnti, per la fondazione di un Istituto per le malattie tropicali in onore del compianto gen. medico W. Gorgas. La somma è stata assegnata all'ospedale Thomas e vi sono trattative perchè la Rockefeller Foundation assuma la direzione dell'intrapresa.

Per i professori di medicina di Vienna.

L'American Reliev Found ha inviato al professor von Pirquet uno chèque di 10,000 dollari per fornire alimenti agli insegnanti universitari di discipline mediche teoriche dell'Università di Vienna.

Il Pirquet ha distribuito tale somma tra gli insegnanti e le loro famiglie che accettano di uniformarsi al suo metodo dietetico. Sono state duecento le famiglie soccorse, che in pari tempo hanno permesso una rigorosa valutazione del metodo Pirquet, il quale va sempre più accreditandosi.

I limiti di età nelle Università germaniche

sono stati ridotti da 70 a 65 anni. Il provvedimento porta una vacanza di 37 cattedre nella sola Università di Berlino. È connesso coll'agitazione dei liberi docenti che, secondo i dati statistici raccolti dalla Associazione dei Ll. Dd. di Halle, si trovano in condizioni economiche poco favorevoli. La media dei loro compensi accademici oscilla intorno ai 1070 marchi, con un massimo di 5000 e un minimo di 40.

Per difenderci dalla peste bovina.

Nello scorso mese di agosto, in seguito al transito per il porto di Anversa di zebù infetti provenienti dalle Indie orientali e destinati al Brasile, si manifestò, nel Belgio, la peste bovina.

La malattia, non essendo stata subito diagnosticata, si diffuse rapidamente, tanto che, in breve, buona parte del territorio belga ne fu colpito.

Non appena però ne fu conosciuta l'esistenza furono posti in opera i più severi mezzi di difesa preventivi e repressivi per combatterla.

I risultati della lotta si appalesarono subito soddisfacenti: nel novembre l'infezione era contenuta ovunque e, da quell'epoca ad oggi, non è stato segnalato che un solo nuovo focolaio nel mese di gennaio.

Per impedire ogni possibilità di introduzione del contagio nel nostro Paese, la Direzione Generale della Sanità pubblica fu sollecitata a proibire la importazione di ruminanti provenienti dal Belgio, nonchè dei loro prodotti ed avanzi, della paglia e del fieno, anche se adoperato come imballaggio.

Ma mentre un tale pericolo veniva scongiurato, un altro se ne affacciava sull'orizzonte: la comparsa della peste bovina in Polonia, iniziatasi con la invasione degli eserciti russi nel territorio di quel Paese.

Anche colà la malattia facilmente si diffuse, favorita in ciò dalle operazioni guerresche e dalla mancanza di veterinari, richiamati alle armi.

Ora l'infezione è combattuta con tutti i mezzi riconosciuti atti a contrastarle il passo ed a soffocarla.

Ma essa tuttora persiste e la nostra Direzione Generale della Sanità pubblica sta, con vigile accorgimento, provvedendo alla emanazione di analoghi divieti di importazione, già adottati per le provenienze dal Belgio, allo scopo di mettere il nostro patrimonio zootecnico a sicuro riparo di ogni eventuale pericolo di contagio.

Confronti.

Il combattivo periodico «Lotte sanitarie» di Torino (15 genn. 21) reca il seguente confronto:

paga mensile di un pompiere della città di Torino, L. 952.30;

stipendio mensile di un medico dell'Ufficio d'Igiene, con dieci anni di servizio, con proibizione dell'esercizio professionale, caro-viveri compreso, L. 950.

Il 25 febbraio u. s. decedette a Lugano (Svizzera) il Dott. VITTORINO VELLA, ucciso da una sincope cardiaca appena dopo aver condotto a termine nella persona di un infermo un grave atto operativo.

Aveva compiuto brillantemente gli studi a Losanna, allievo prediletto del prof. Roux, di cui per anni fu aiuto; frequentò a Berna la Clinica di Hocher e le più reputate Cliniche di Berlino e di Zurigo, in modo da raggiungere giovane d'anni una sicura e completa competenza nella patologia e nella clinica chirurgico-ginecologica.

Nel 1901 venne chiamato a coprire il posto di chirurgo primario nell'Ospedale Cantonale di Mendrisio (Ticino) che, con la sua perseveranza, elevò a vero istituto chirurgico. Più tardi fu anche chirurgo primario dell'Ospedale Civico di Lugano, di nuova erezione.

Chirurgo e ginecologo valentissimo, esercitò sempre la sua nobile arte con rara dignità, onorato di meritata fiducia da' suoi malati e della deferente stima dei colleghi tutti, non chè della più alta considerazione delle Autorità e dei poteri pubblici.

Oriundo italiano, si onorò di appartenere a quel manipolo di eletti ingegni ticinesi che ritennero dover loro guardare all'Italia con affetto e rimpianto di figli.

Aveva 50 anni appena.

Dott. ATTILIO GIORCELLI.

Il giorno primo del corrente mese moriva, in compendio, a Piperno, ove esercitava da tanti anni come medico condotto, il nostro tanto caro quanto valoroso collega, cav. uff. dott. EDUARDO VENERE. Le Sue rare doti di mente e di cuore, oltre lo zelo nel disimpegno de' Suoi doveri verso i malati, Lo avevano reso padrone dell'anima di tutti coloro, che all'opera Sua ricorrevano. La Sua modestia, il Suo sapere, la Sua bontà verso chiunque l'avvicinava, la prudenza, il rispetto, l'affetto sincero verso i colleghi erano Suoi requisiti innati, per i quali Egli veniva da ognuno ricercato come amico e come professionista. Apparteneva alla nostra antica Associazione Sanitaria regionale dei Circondari di Frosinone e di Velletri fin dalla sua fondazione ed al suo incremento concorse validamente. In nome dei 130 colleghi, dei quali sono certo d'interpretare i sensi, mando alla Sua adorata memoria il saluto il più vivo, al Suo amatissimo fratello comm. dottor Ernesto, Consigliere del nostro Ordine, e alla famiglia superstite le espressioni le più sincere del nostro infinito cordoglio.

Dott. ARNALDO ANGELINI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi. *ed. resp.*

ANNO XXVIII Roma, 28 Marzo 1921 Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Glicosuria, diabete e trauma nell' infortunistica.

Prof. dott. SALVATORE DIEZ
docente di Patologia chirurgica nella R. Università di Roma.

Per esigenze dottrinali e pratiche è necessario prendere in esame separatamente i due primi stati morbosi.

La glicosuria, infatti, che rivela un vizio nell'assimilazione degli idrati di carbonio, non è che un sintomo del diabete, il più importante senza dubbio, ma soltanto un sintomo. Il diabete, secondo i dati clinici, è caratterizzato non soltanto dalla glicosuria, ma anche dall'eccesso di urea, da poliuria, polifagia, polidipsia. A parere però di Babonneix, Castaigne, ecc., nessuno di questi sintomi, all'infuori della glicosuria, è patognomonico del diabete: solo la transitorietà o durevolezza della glicosuria è un carattere che può permettere di differenziare la glicosuria semplice dal diabete. Secondo Pari, il carattere che distingue il diabete è la progressività dei disturbi ad esso inerenti.

***

Glicosuria traumatica. — Fu studiata da Fischer, Griesinger, Jaccoud, Verneuil, Rédard, ecc. Si ha frequentemente dopo i traumi al capo in primo luogo, poi al rachide ed all'addome (fegato). Jacksh, Strumpell, Strauss hanno trovato la glicosuria alimentare positiva nel 36 per cento dei casi osservati di traumi alla testa o alla colonna vertebrale. Higgens

e Ogden su 212 casi di traumatismo cranico constatarono 20 volte glicosuria (9.43 %).

Per spiegare la patogenesi della glicosuria traumatica Samele (*Clinica med. ital.*, 1907) studiò sperimentalmente il rapporto esistente fra i traumi fatti agire nei diversi organi e la comparsa dello zucchero nelle urine, e constatò che questa si verifica indifferentemente, qualunque sia l'organo colpito, eccetto forse per il rene, i cui traumi dànno luogo ad una maggiore gravità del fenomeno.

Da queste esperienze trasse la conclusione che la glicosuria non è originata da lesioni che, in seguito al trauma, si sviluppano negli organi colpiti, lesioni che possono anche mancare, ma da una causa costante, ovunque il trauma agisca, probabilmente riposta in alterazioni lievi e transitorie del sistema nervoso (*shock*) che, attraverso le vie periferiche, avrebbero i loro effetti sui vari depositi di glicogene, specie sul fegato, provocandovi una vaso-dilatazione attiva. Da ciò deriverebbe un aumento della loro funzione glicogenetica ed un versamento nel sangue, donde poi passerebbe nell'urina, d'una maggior quantità di zucchero. Secondo Samele, la glicosuria più grave consecutiva a traumi renali, che sembrerebbe opporsi alla sua ipotesi, è dovuta ad alterazioni della permeabilità renale per lesioni traumatiche del parenchima (epitelio canalicolare).

Sia sperimentalmente, però, che clinicamente, è dimostrata la comparsa di glicosuria quando il trauma agisce direttamente sugli organi preposti al metabolismo degli idrati di carbonio: sappiamo, infatti, che si possono avere glicosurie primitive epatiche, oltre che per altre cause, per ostacoli meccanici alla circolazione del sangue e della bile, e glicosurie da alterazioni traumatiche del pancreas.

Anche l'esperimento classico di Claude Bernard (1849) depone per la possibilità di determinare una glicosuria traumatica, comunque lo si voglia interpretare. È noto che con la puntura del pavimento del IV ventricolo, trascorsa la prima ora si ha glicosuria che scompare dopo 4-5 ore. Pare che il fenomeno sia causato da eccitazione, e quindi da esagerata funzione del centro bulbare esistente in quel sito che provocherebbe la glicogenesi a mezzo dei filetti eccito-secretori contenuti nello splancnico. Anche un colpo di martello sul cranio per la commozione cerebrale che produce provoca glicosuria, secondo alcuni per insufficiente distruzione di zucchero da diminuzione del potere glicolitico del sangue. Eguale origine avrebbero, secondo Lépine, le glicosurie che seguono ad abbondanti emorragie.

Nell'uomo si è clinicamente osservata glicosuria nelle emorragie cerebrali, sia degli emisferi che del mesocefalo e del bulbo, nelle commozioni cerebrali, in seguito a fratture vertebrali, nelle emorragie rachidee, nelle compressioni del simpatico e del pneumogastrico, in alcuni casi di eccitazione di nervi sensitivi, come nelle nevralgie e nevriti del facciale e dello sciatico. Frerichs avrebbe osservato un caso di glicosuria nel corso di una sciatica, prodotta da compressione del nervo per mezzo di una cicatrice. Si è notata pure glicosuria nelle neurosi traumatiche (sopratutto alimentare ed in seguito a forti emozioni); può darsi però che in questi casi si sia trattato di malati affetti da diabete latente. Cadéac et Maignon hanno notato glicosuria dopo traumi agli arti (fratture e storte). Flueger non ammette l'esistenza di glicosurie dopo traumi periferici, quando non producano contemporaneamente commozione generale.

Per svilupparsi la glicosuria, non è necessario che il soggetto abbia in sè speciali predisposizioni. Si può osservare presso individui esenti da qualsiasi tara neuropatica e di cui il sistema cerebro-spinale era integro prima della brusca commozione che turbò il suo equilibrio. L'inizio è assai precoce, ordinariamente da 2 a 14 ore dopo il trauma, ma può essere anche tardivo (da 10 a 30 giorni al massimo). La quantità di zucchero nell'urina è scarsa e passeggera: da 1.50 a 2 gr., raramente si può giungere a 15-20 gr. La durata è molto variabile: da 3 settimane ad 1 mese secondo Cadéac e Maignon. Quando dura più a lungo si ha come uno stato patologico di transizione tra glicosuria e diabete vero. Può anche una semplice glicosuria trasformarsi in diabete La glicosuria è soggetta a variazioni notevoli da un giorno all'altro, all'infuori di influenze determinate dai pasti e dal regime alimentare.

Medico-legalmente la certezza che la glicosuria dipende dal trauma si ha solo nei casi in cui scompare quando scompaiono gli altri sintomi direttamente provocati dal trauma, per non riapparire più neppure in seguito ad abbondante alimentazione di zuccheri ed amidi. Quando non si verifichino queste condizioni non si può escludere si tratti di glicosurie preesistenti ed ignorate. Ha valore probatorio il fatto che venga constatata subito dopo il trauma: se appare molto tempo dopo, oltre 1-2 mesi al massimo, in generale il nesso col trauma non può ammettersi.

Nell'applicazione della legge sugli infortuni, la glicosuria per la sua stessa natura ed es-

senza non può produrre che una inabilità lavorativa temporanea.

Diabete traumatico. — Secondo le vedute più moderne, come già dissi, il diabete differisce dalle glicosurie semplici per il fatto che i disturbi nella assimilazione degli idrati di carbonio, invece di essere transitorî, sono durevoli e progressivi.

Il diabete traumatico fu studiato da molti autori: Griesinger, Frerichs, Senator, Seegen, Ebstein, in Germania; Fischer, Lecorché, Brouardel e Richardière, Corson, Cruchet, Lépine, in Francia; Cantani, Ferrannini Luigi, Rubino, De Sandro, in Italia. La maggior parte di essi ammette che un trauma può far sorgere il diabete in individuo predisposto o no, rivelare un diabete ignorato, aggravare un diabete esistente.

Secondo le statistiche si avrebbe un nesso col trauma nella seguente frequenza: Griesinger su 225 casi, 20 volte; Frerichs su 4068 casi nel 2 %; Seegen su 938 casi 13 volte (1.4 %); Ebstein su 116 casi 6 volte (5 %); Sénator su 800 casi, 1 %; Külz-Rumpf su 669 casi 39 volte (5.6 %); secondo Lépine, il trauma agì come causa nel 5 % dei diabetici, ma non esclusivamente, esistendo in molti casi una predisposizione ereditaria. Thoinot fissa la percentuale al 2-5 %. Cantani ha trovato nel 10 % dei casi (su 1004) un trauma nella anamnesi dei diabetici; egli però, osserva il Ferrannini, tiene conto di tutti i casi nei quali il diabete si è manifestato perfino 50 anni dopo il trauma. Secondo Brouardel e Richardière, si avrebbe maggiore frequenza del diabete traumatico nell'uomo che nella donna; secondo Lépine sarebbero maggiormente colpiti i fanciulli. Queste statistiche, però, come le altre in materia traumatologica, non hanno che un valore relativo, dovendosi più d'un caso accettare con riserva perchè non furono praticate dagli osservatori indagini sicure ed esaurienti in rapporto alla loro etiologia traumatica.

Quel che è certo è che nell'etiologia del diabete esistono molte cause occasionali che clinicamente appaiono agenti provocatori delle malattie, e che queste cause agendo su un terreno predisposto o no, determinano il diabete agendo sul metabolismo degli idrati di carbonio, qualunque sia la sua origine patogenetica, pancreatica, epatica, endocrina, ecc.

Fra queste cause sono certamente da annoverarsi i traumi che possono esercitare la loro azione sia creando uno stato di « debolezza nutritiva » in modo lento e progressivo, ed accumulando i loro effetti, sia determinandola bruscamente, e facendo così esplodere improvvisamente la sindrome morbosa. Nell'infortunistica solo questi ultimi casi sono da prendersi in considerazione, rientrando le cause traumatiche ripetute nell'àmbito delle malattie professionali. Mentre tutti gli autori ammettono la glicosuria transitoria traumatica, altri, come il Jaccoud, escludono l'esistenza di un diabete traumatico vero e proprio e ritengono che il trauma mette soltanto in evidenza un diabete preesistente. Altri credono alla possibilità del suo sviluppo quando esistano predisposizioni ereditarie od acquisite. Fra le predisposizioni ereditarie sono da annoverarsi quella detta *reale*, costituita da una debolezza congenita funzionale nel metabolismo degli idrati di carbonio, quella artritica e gottosa, l'obesità, ecc.; fra le acquisite le professioni sedentarie, gli eccessi alimentari ed alcoolici, l'età (il diabete è più frequente verso i 50 anni). Vi sono però, secondo asserisce il Ferrannini, esempi di diabete manifestatosi dopo un trauma senza il più piccolo indice di predisposizione, come quelli osservati in bambini di pochi mesi senza precedenti ereditari e tanto meno acquisitî. L'opinione più accreditata è quella di Richardière e Sicard, che ritengono che l'uffizio del trauma nella maggioranza dei casi è quello di risvegliare la malattia latente, dandogli « un colpo di frusta », esteriorizzandola, per così dire.

In quanto al modo con cui il trauma agisce, le cognizioni sono molto incerte, come incerta è la patogenesi stessa del diabete.

Ordinariamente si ammette che il diabete traumatico sia di origine nervosa. Il Ferrannini ritiene che per produrre il diabete il trauma agirebbe sul metabolismo degli idrati di carbonio attraverso il sistema nervoso, il quale a sua volta agirebbe non direttamente, ma indirettamente attraverso gli organi che regolano lo stesso metabolismo, qualunque essi siano (fegato, pancreas, ghiandole endocrine, congiunti o no a partecipazione renale secondaria oppure tardiva).

La regione ove agisce il trauma ha importanza secondo gli autori e le statistiche. Fu osservato il diabete traumatico dopo traumi cranici, spinali, periferici e addominali. Brouardel su 33 casi trovò 17 volte trauma cranico, 5 trauma rachideo, 11 trauma in altra parte del corpo. In 49 casi raccolti da De Sandro 27 volte vi fu trauma cranico, 12 rachideo, 10 generale o addominale. Jodry in 145 casi, 72 volte trauma al capo, 29 al rachide, 12 al fegato. Lenné in 10 casi ha trovato che il trauma colpì sempre il cranio. Bernstein-Kohan trovarono 25 volte colpito il capo, 13 la colonna vertebrale, 7 volte l'addome e gli arti. Non ha molto in-

teresse la localizzazione su una o l'altra parte del cranio; tuttavia si ha in ordine di frequenza l'occipite, la fronte, la regione parietale, il vertice.

L'importanza adunque dei traumi cranici non è contestata da alcuno: si tratta sempre di traumi gravi, qualche volta con frattura ossea, la maggior parte con commozione cerebrale: in alcuni casi però non furono constatate alterazioni apprezzabili del sistema nervoso.

I traumi rachidei possono essere di varia natura: caduta sulla nuca, sul dorso, sui lombi, contusioni sulle diverse parti della colonna vertebrale. Qualche volta si ebbe frattura o lussazione, altre volte non furono constatate lesioni chirurgiche e fu incriminata la commozione spinale che si verifica specialmente in seguito a cadute dall'alto.

I traumi periferici, secondo Brouardel e Richardière, per poco che siano intensi, sono sicuramente sufficienti a causare il diabete traumatico. Anche Griesinger ammette che le ferite, le contusioni, lo strappamento delle diverse parti del corpo possono causare o divenire i fattori più importanti dell'esplosione della malattia. Secondo questi autori non è indispensabile che la località colpita corrisponda topograficamente a una regione ove siano situati centri nervosi. Stern invece mette in dubbio il valore dei traumi periferici nell'etiologia del diabete, e non ammette che i traumi cranici e periferici. Anche Thoinot osserva che questi casi non solo sono estremamente rari, ma che se si esaminano bene riesce difficile escludere che il trauma, pur non avendo colpito testa e colonna vertebrale, non abbia causata una commozione nervosa o uno *shock*. Concluderemo pertanto che l'etiologia del diabete da traumi periferici non è sufficientemente provata. Non si può però, come è ovvio, escludere l'influenza del trauma che agisca sull'addome contro gli organi più direttamente interessati nella patogenesi del diabete, come il fegato, il pancreas, le surrenali. In quanto alle cause psichiche, è da notare che Lépine considera i traumi morali (spaventi - emozioni - dispiaceri) fattori più importanti di quelli fisici nel l'esplosione del diabete. Altri autori, come Cantani e Vanni, hanno la medesima opinione, tanto che vorrebbero identificare col diabete psichico i casi seguiti a traumi periferici delle membra. In ogni modo la possibilità che il trauma psichico ponga in luce il diabete latente parrebbe dimostrata dal fatto noto dell'influenza aggravativa esercitata dalle cause morali sul decorso del diabete comune.

Il diabete traumatico compare spesso precocemente, nei primi tre giorni o nella prima settimana, qualche volta tardivamente dopo una vera incubazione di più settimane, raramente di 2-3 fino a 16 mesi. Di solito si ritiene che se la malattia compare dopo 2 anni è da considerarsi in nessun rapporto col trauma. La esplosione può avvenire in modo acuto, con decorso successivo rapido o lento, oppure in modo silenzioso, lento e progressivo fin dall'inizio. Nel primo caso la glicosuria scompare gradatamente dopo 2-3 mesi lasciando solo poliuria, che può persistere ancora per qualche settimana. Rossbach e De Loisnel citano due casi in cui, per solo effetto del diabete, si ebbe la morte in breve tempo. La forma ad inizio lento avviene in modo così oscuro e silenzioso, che quando il medico se ne accorge non può dire in quale giorno e per quale sintomo abbia cominciato. Il decorso di questi casi detti tardivi è cronico e finisce per condurre alla morte per cachessia, tubercolosi, coma diabetico. Durante il, per così dire, periodo di incubazione non mancano i sintomi premonitori, come perdita di forze, dimagramento, sensazione di fatica generale, malessere, polidipsia, polifagia, che a diagnosi fatta costituiscono ottimi elementi per dimostrare la concatenazione etiologica fra trauma e malattia.

I sintomi del diabete traumatico sono identici a quelli delle altre forme spontanee: gli stessi accidenti, le stesse complicazioni ne caratterizzano l'evoluzione. Brouardel e Richardière hanno insistito sulla frequenza dei sintomi nervosi che darebbero al diabete traumatico una fisionomia speciale: sonnolenza, insonnia, disturbi psichici a carattere depressivo, delirio, cefalee, vertigini, disturbi sensoriali.

È però da notarsi che in molti casi il trauma è causa contemporaneamente di diabete e di neurosi traumatica. Secondo Becker si hanno disturbi della sensibilità, come dolori ribelli e nevralgie, iperestesie, parestesie, anestesie localizzate al punto traumatizzato.

Quali condizioni sono necessarie perchè medico-legalmente possa affermarsi l'origine traumatica del diabete? Nell'apprezzamento di questo nesso non si sarà mai soverchiamente circospetti per non incorrere nel *post hoc ergo propter hoc*. Occorre innanzi tutto ricercare se poco tempo prima dell'accidente vi sia stato qualche esame d'urina da cui risulti la non presenza di zucchero, e studiare con cura gli antedecedenti ereditari e personali del soggetto onde giudicare sulla preesistenza o predisposizione più o meno grave al diabete. Quanto più

il risultato di queste indagini sarà negativo, tanto più facile sarà, esistendo le altre condizioni, ammettere il diabete traumatico. La natura, l'intensità e la sede del trauma sono elementi, come abbiamo visto, di indubbio valore. Quel che più ha importanza è però la data di apparizione del diabete e dei fenomeni premonitori. Le difficoltà non sono molto grandi per la diagnosi quando il diabete con tutti i suoi caratteri compaia in breve spazio di tempo dopo il trauma ed evolva favorevolmente in qualche settimana o mese (forma precoce ed acuta) oppure nei casi in cui il decorso sia cronico ma il diabete si inizi manifestamente al completo in un breve periodo dopo il trauma con fenomeni acuti (forma cronica ad inizio acuto). A rigore, un solo errore è possibile in questi casi: che si tratti di diabete latente ed ignorato, spronato dal trauma in tal maniera da prendere subito un decorso acuto. Questa evenienza però non ha valore pratico nell'infortunistica essendo casi consimili pienamente ed integralmente risarcibili.

È di diagnosi etiologica più difficile il caso in cui il diabete sia veramente cronico, esordisca in modo silenzioso e lento, e non si sveli che molto tempo dopo il trauma. Per un giudizio di probabilità (la certezza non è quasi possibile) si dovrà essere sicuri che lo stato di salute del soggetto era apparentemente buono in antecedenza, ove non risulti l'inesistenza della glicosuria da esami eventualmente prima praticati. Non dovrà intercedere uno spazio di tempo superiore a due anni fra il trauma e l'epoca in cui il diabete si rivela — tenendo conto che in questi casi è condizione indispensabile che il trauma sia nettamente caratterizzato e che nell'intervallo, a cominciare dalle prime settimane dopo l'infortunio, sia apparso qualche disturbo che attesti la persistenza dell'azione traumatica (sintomi nervosi sopratutto), o qualcuno di quei sintomi vaghi ed imprecisi già accennati che, a diagnosi fatta, possono essere interpretati o riattaccati alla evoluzione del diabete. In una parola, si devono identificare i termini intermedi della catena che allaccia al trauma le manifestazioni morbose che svelano chiaramente il diabete. Secondo von Noorden, inoltre, occorre che in questi casi il trauma sia stato cranico o vertebrale ed abbia determinato una lesione o commozione del cervello o del midollo. Certamente questi elementi aumentano la probabilità della diagnosi etiologica; gli altri traumi si complicano troppo raramente col diabete perchè in circostanze simili si possa accettare l'ipotesi di un vero diabete traumatico. Se tutte queste condizioni mancano, e se l'intervallo è maggiore di due anni, l'ipotesi non è fondata su basi solide per poter addivenire ad un giudizio di probabilità scientificamente attendibile.

Ritengo superfluo aggiungere che il medicolegale deve porsi in grado di sventare ogni possibilità di simulazione: la circospezione che il medico deve usare nello studio di tutte queste questioni riuscirà ad eliminare i tentativi di frode. Ad ogni modo occorre tener presente la possibilità che l'assicurato metta con inganno zucchero nelle urine, o fornisca all'esame urine d'un diabetico o, addirittura, inietti zucchero nella vescica (caso di Abeles ed Hoffmann). Più facilmente si simula la glicosuria introducendo nell'organismo florizina per *os* o per iniezioni (Ferrannini).

Nel determinare l'indennizzo da assegnarsi ad un operaio infortunato affetto da diabete traumatico, non possono seguirsi criteri schematici, o, comunque, matematici. Se seguire schemi che non tengono conto dell'individualità clinica del soggetto è sempre riprovevole, il sistema è da respingersi del tutto quando si tratta di malattia come il diabete, in cui la clinica ci dimostra gradi notevoli di gravità, variabilità di decorso e difficoltà di prognosi. Non è possibile quindi non tener conto delle condizioni speciali che si verificano nel caso in esame; è sul malato, non sulla malattia che dobbiamo fondare il nostro giudizio!

Di vario grado è quindi la minorazione della capacità lavorativa da cui è colpito un diabetico.

In alcuni casi, come in quelli acuti a decorso rapido, l'inabilità è solo temporanea, specie se nello spazio di due anni concesso per la *revisione* non si osserva ricomparsa di sintomi che denotino la persistenza della malattia. Negli altri casi occorre tener presente la gravità delle manifestazioni morbose, la loro persistenza e progressività, i risultati più o meno favorevoli ottenuti con la terapia, la possibilità che l'operaio si curi adeguatamente, le mansioni da lui disimpegnate. Occorre tener presente che la professione costituisce elemento per la valutazione del danno non per il fatto che nell'indennizzare un operaio si debba prendere in considerazione il mestiere specifico da lui esercitato (è sancito dalla legge, ed oramai confermato dalla giurisprudenza, che si debba solo tener conto delle mansioni generiche che può disimpegnare un tipo medio di lavoratore) ma per la possibile influenza sfavorevole che essa può esercitare sul decorso della malattia (concausa aggravante).

Bisogna altresì non trascurare il *danno potenziale* che, malgrado la prognosi più esatta

dal punto di vista delle probabilità cliniche, sovrasta su ogni diabetico per le possibili ed imprevedibili complicazioni che possono sopravvenire anche dopo trascorso il biennio oltre il quale la nostra legge non ammette più giudizi di revisione.

Azione aggravativa esercitata dal diabete sul decorso dei traumi. — Senza entrare nella questione medico-legale concernente il valore da attribuirsi agli stati preesistenti quando esercitino azione concausale nel determinare gli esiti di un trauma (argomento sul quale mi intrattenni nel n. 1-1920 ed 1-1921 del *Giornale di Medicina ferroviaria*), accennerò all'influenza dannosa che il diabete può esercitare sul decorso e gli esiti di un infortunio. Le complicazioni che possono insorgere quando un trauma anche lieve colpisce un diabetico sono di comune cognizione: si tratta di dati di esperienza clinica tramandatici dalla vecchia traumatologia, e che modernamente si attribuiscono alle sostanze anormali di effetto tossico che sono prodotte e messe in circolo in questa malattia.

L'esperimento di Odo Budjwid ha dimostrato che se si inietta sotto cute ad un coniglio una cultura di stafilococchi insufficiente per determinare alterazioni su di un tessuto sano, si produce un ascesso se prima, o contemporaneamente alla inoculazione, si inietta o nello stesso tessuto o nelle vene una soluzione di glucosio.

Sappiamo che una semplice contusione può causare in un diabetico la gangrena, ed una ferita, suppurazioni diffuse che, malgrado la *antisepsis* più assoluta, portano il malato a morte.

La possibilità di queste complicazioni deve essere tenuta presente dall'infortunista e dal medico sociale per sconsigliare ai diabetici mansioni di lavoro che li espongano facilmente alle cause traumatizzanti.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE E UGOLANI DATI DI CREMONA.
SEZIONE UGOLANI DATI
diretta dal comm. prof. dott. TOMMASO BUSACHI, chirurgo direttore.

L'anestesia del nervo trigemino nella chirurgia della faccia e la cura radicale delle nevralgie ribelli.

Contributo clinico

pel dottor GAETANO TROGU, chirurgo aggiunto.

Gli interventi chirurgici demolitori alla faccia con ampie resezioni della mandibola e della mascella per carcinoma diffuso diventano ancora più gravi per le complicazioni dipendenti dalla specie di narcosi cui si ricorre.

Data la frequenza di questi interventi non mi sembrano prive di interesse alcune considerazioni al riguardo, desunte dalla pratica di alcuni casi di nostra diretta osservazione e cura.

La resezione della mandibola per carcinoma spesso ci porta all'esportazione di quasi tutta una metà della medesima con la disarticolazione temporo-mascellare; e le resezioni del mascellare superiore quasi sempre per carcinoma, ci portano spesso ad ampie demolizioni per estirpare la zona invasa dal neoplasma. Questi interventi domandano spesso narcosi prolungata e risparmio di perdita di sangue, condizioni queste da essere tenute presenti ogniqualvolta ci si accinge a siffatte demolizioni.

La scelta della narcosi quindi ha un'importanza grandissima sia per le complicazioni postoperatorie, sia per la libertà di esecuzione dell'intervento stabilito. La narcosi con cloroformio od etere eseguita con la maschera, si presenta poco adatta per l'esecuzione dell'atto operativo in quanto che, data la non mai breve durata di questo, bisognerebbe fare una narcosi subentrante spesso non sufficiente per il regolare procedere dell'operazione. L'inconvenienza di dovere ricoprire parte del campo operatorio con la maschera è una controindicazione per l'inquinamento inevitabile cui si va incontro. Le altre forme di narcosi ad inalazione sono insufficienti e difettose come la narcosi cloroformica ed eterea. Potrebbe essere adoperata la etero-narcosi intravenosa di Kümmell e König. Essa offre, è vero, delle comodità eccezionali per le operazioni sul viso, però occorre avere alla mano un istrumentario speciale tenuto con gran cura e cioè 3 recipienti di vetro graduati: uno contenente soluzione eterea (etere solforico puro cmc. 50, siero fisiologico sterile cmc. 1000) — il secondo contenente semplice soluzione fisiologica riscaldata

sui 41° — il terzo contenente una soluzione di isopral 1+½ % in soluzione fisiologica. I tre recipienti sono riuniti poi con un raccordo collettore, il quale è regolato da un contagocce. (Per la tecnica vedi mio lavoro: *La Scelta dell'Anestesia*, Cremona, 1919).

Ricorderemo ancora la somministrazione del cloroformio o etere mediante l'intubazione secondo il metodo di Kuhn: tanto il metodo di Kümmell-König come quello di Kuhn indiscutibilmente buoni per gli interventi sul viso, hanno però dei requisiti e delle particolarità un po' complicati che li rendono meno pratici dell'anestesia locale alla quale noi diamo la preferenza.

La tecnica da noi usata per l'anestesia delle tre branche del trigemino è quella ideata dal Braün e perfezionata dall'Härtel. L'esperienza nostra ci permette assicurare che il metodo di Härtel non presenta difficoltà speciali e permette di portare la soluzione anestetica direttamente nel ganglio di Gasser con sicura asepsi. Il tentativo di introdurre l'ago attraverso il forame ovale nel ganglio di Gasser iniziato da Schösser, Ostwolt, Harris, Offerhaus, ecc., trovò pratica applicazione nel metodo recente di Härtel. Esso consiste nell'introdurre un ago lungo 9 cm. previa anestesia superficiale della pelle, circa 3 cm. lateralmente all'angolo della bocca rispondente al secondo molare superiore, forando pelle, parti molli della guancia, evitando mediante controllo dell'indice introdotto in bocca, che l'ago non perfori la mucosa buccale, finchè vada in alto tra il ramo montante della mandibola e la tuberosità della mascella e tocchi il piano duro infratemporale. Con piccoli spostamenti tastando su questo piano si cade, con impressione caratteristica, nel formale ovale. La lunghezza della via da percorrere è tra 5-7 cm. Se si spinge ancora l'ago di 1-1 ½ cm. il paziente avverte irradiante parastesia nelle branche del trigemino. Härtel, riguardo alla direzione da dare all'ago, dà dei punti di repere su piani speciali.

Sul vivente noi abbiamo trovato pratico dirigere l'ago in modo che la proiezione divida il tubercolo auricolare, tenendo sempre l'impugnatura dell'ago a ridosso della pelle mentoniera. Provocata la parastesia della regione innervata dal trigemino, mercè la puntura del ganglio di Gasser, si inietta dolcemente 1 — 1+½ cmc. 2 % di novocaina + adrenalina (novocaina o syncaine gr. 1, soluzione fisiologica g. 50: adrenalina all'1 ‰ gocce 16). Dopo qualche minuto (5 m') subentra l'anestesia di tutta la regione innervata dal trigemino. Essa dura da 1-2 ore. Grossa quantità di anestetico potrebbe dare svenimenti, vomiti.

La puntura anestetica del ganglio di Gasser, associata alla infiltrazione delle parti molli, necessaria per le innervazioni limitrofe e per l'ischemia con ½ % novocaina + adrenalina, oltre permettere tutti gli interventi di importanza sul viso (resezione del mascellare superiore e inferiore, plastiche sul viso, ecc.), risponde contro le nevralgie croniche ribelli del nervo trigemino se dopo l'azione della novocaina sul ganglio di Gasser si iniettano ½-1 ccm. di alcool a 80-90 gradi. Se dopo l'iniezione della novocaina si notassero disturbi all'occhio, si sospenda e si rimandi ad altra seduta l'iniezione dell'alcool.

L'iniezione dell'alcool di Wrede nel ganglio di Gasser avrebbe oggi, secondo Schlössen, fatto passare nell'annovero dei ricordi tecnici operatori tutti i diversi metodi eseguiti per la resezione del ganglio.

L'anestesia del ganglio di Gasser tecnicamente riesce impossibile quando l'ammalato fosse affetto da cancro molto diffuso al mascellare superiore tale da disorientare i rapporti anatomici della regione.

Questi casi però sono quasi sempre inoperabili perchè con difficoltà si riuscirebbe ad asportare la neoplasia senza alcuna garanzia di recidiva a breve scadenza.

L'anestesia del nervo trigemino con la tecnica da noi ricordata è superiore a tutte le altre forme di anestesie perchè lascia il paziente cosciente e quindi in grado di evitare l'inspirazione di materiale nell'albero respiratorio tanto pericoloso per le polmoniti postoperatorie *ab ingestis*.

Sono stati registrati casi di cheratite neuroparalitica successiva alla iniezione di alcool nel ganglio di Gasser, però se si sorveglia attentamente il paziente durante l'iniezione delle prime gocce d'alcool, come fa notare H. Pichler (*Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 22, 1920) e si osserva la comparsa di anestesia forte nel territorio del primo ramo (quasi scomparsa del riflesso corneale) si sospenderà l'iniezione e si dirigerà l'ago verso un altro punto. Questa evenienza è più facile se si vuole aggredire il ganglio di Gasser per via del foro sottoorbitario. La via del forame ovale, secondo la tecnica di Härtel, dà più garanzia per scongiurare le cheratiti neuroparalitiche successive.

Noi abbiamo usato esclusivamente la tecnica di Härtel in quattro casi: due affetti da cancro della mandibola e due affetti da nevralgia ribelle del trigemino.

I CASO: — 10 ottobre 1919. — V. A., d'anni 52, contadino, da Cremona, ricoverato nell'Ospedale Maggiore.

Diagnosi. — Epitelioma ulcerato invadente parte della guancia sinistra, la piega gengivo-

labiale e quasi tutta la porzione orizzontale della mandibola.

Il neoplasma data da due anni circa e si è ulcerato nell'ultimo periodo. Le condizioni generali del paziente sono buone. Cuore e reni normali.

Nella regione sottomascellare sinistra, lungo la loggia carotidea e regione sopraclavicolare si palpano alcuni gangli invasi dal neoplasma.

Anestesia del ganglio di Gasser alla Härtel con cmc. 1+½ al 2 % di novocaina adrenalina e anestesia nel campo operatorio con 30 cmc. di novocaina al ½ %. Ottima per ora 1+½.

Operazione. — Disarticolazione della metà sinistra della mandibola, esportazioni di gangli linfatici con metastasi dalla regione sottomascellare, parotidea, carotidea e sopraclavicolare. Plastica della porzione della guancia esportata col tumore.

Decorso. — Buona guarigione *quoad vitam.*

II CASO. — 21 aprile 1920. — B. A., d'anni 48, vigile municipale, da Cremona.

Diagnosi. — Epitelioma della mandibola branca orizzontale sinistra e pavimento orale. Il neoplasma data da un anno circa iniziato nell'alveolo del primo molare.

Si palpano gangli nella regione sottomascellare.

Condizioni generali buone. Uomo robusto e molto adiposo.

Anestesia del ganglio di Gasser come pel primo caso.

Operazione. — Resezione di tutta la mandibola a sinistra e di parte della destra; svuotamento della loggia sottomascellare e carotidea sinistra e parziale della regione paratodea, esportazione parziale della guancia e del pavimento orale.

Decorso. — Morto improvvisamente l'11 maggio 1920 per paralisi cardiaca.

III CASO. — 15 maggio 1920. — T. A., d'anni 75, contadino, da Carpaneta Dosimo, ricoverato nell'Ospedale Maggiore a Cremona.

Diagnosi. — Nevralgia ribelle del nervo trigemino di destra.

Soffrì polmonite destra 10 anni addietro. Null'altro di notevole. Non sofferse sifilide, nè febbri malariche. È moderato bevitore, impenitente fumatore. Da circa sei mesi soffre di lancinanti dolori alla guancia e tempia destra. Le crisi dolorose sono a breve scadenza e lo tormentano al punto da fargli passare notti consecutive insonne. Nulla obiettivamente notevole nelle regioni dolorose.

Anestesia. — Iniezione di alcool alla Wrede nel ganglio di Gasser, secondo la tecnica di Härtel, preceduta da una iniezione di un cmc. di novocaina al 2 %.

Decorso. — Nelle prime 24 ore il dolore nevralgico è quasi scomparso e nei giorni successivi il paziente non avverte più dolore, riposa e si nutre bene.

Abbiamo rivisto dopo mesi il paziente e lo ritroviamo in ottimo stato completamente guarito della nevralgia.

IV CASO. — 31 agosto 1920. — G. A. G., d'anni 56, fattore, da Capella Cantone, ricoverato nell'Ospedale Maggiore di Cremona.

Diagnosi. — Nevralgia cronica del trigemino a destra.

Nulla nel gentilizio. Soffrì reumatismo articolare a 16 anni. Da 3 anni soffre di forti dolori accessionali alla guancia destra in tutto il territorio del trigemino. Provò tutti gli analgesici con esito infausto.

Anestesia. — Iniezione d'alcool a 80° di Wrede con la tecnica di Härtel nel ganglio di Gasser di destra, preceduta da iniezione di novocaina al 2 %.

Decorso. — Il paziente esce il 5 settembre 1920 completamente guarito. Rivisto dopo alcuni mesi il paziente gode ottima salute senza accusare recidiva della nevralgia molesta.

CONCLUSIONE.

Durante e dopo l'iniezione nei primi due casi con sola novocaina e negli ultimi due con novocaina ed alcool non abbiamo notato che il paziente abbia avuto disturbi speciali, nè generali nè a carico dell'occhio corrispondente al trigemino colpito. Nei primi due casi l'anestesia fu ottima, lunga e consentì l'esecuzione del grave atto operativo. Negli ultimi due casi l'iniezione dell'alcool fu di una efficacia sorprendente. L'esito felice di questi casi, consone al risultato di quelli già noti, ci dà una certa garanzia a prescegliere questa geniale forma di anestesia, tanto appropriata per i gravi interventi sulla mascella e mandibola, a tutte le altre forme di narcosi e ci autorizza a ritenere che l'iniezione di alcool sia la più appropriata, la più sicura e la più efficace nelle nevralgie ribelli del trigemino.

La tecnica di Härtel inoltre riteniamo la migliore perchè offre maggiori garanzie per scongiurare le cheratiti neuroparalitiche.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Dermosifilopatico Santa Maria e San Gallicano di Roma.
Dott. GAETANO CIARROCCHI
medico primario e direttore.

Il salvarsan argentico

per il dott. RODOLFO ANGELI
med. degli ospedali di Roma, assist. volontario

Il salvarsan argentico — o silbersalvarsan — è ben poco conosciuto finora dalla maggior parte dei medici, e non sarà quindi inutile esporre in breve qualche notizia su di esso, ed i risultati ottenuti, considerato del resto che questo preparato sta entrando ormai tra i medicamenti indispensabili per la terapia della sifilide, al lato dal mercurio e del neosalvarsan.

Quantunque non si conoscano con precisione le varie reazioni che occorrono per la sua preparazione, è certo che il salvarsan argentico si prepara facendo reagire dei sali di argento con il bicloridrato del m-diamido-p-diossiarsenobenzolo (salvarsan) ottenendone come prodotto di trasformazione un sale bisodico: il silbersalvarsan o sale sodico dell'argento-diossidiamidoarsenobenzolo, che contiene circa il 22.50 % di arsenico ed il 14 % di argento. È una polvere bruno scura che si discioglie facilmente in acqua, dando una soluzione completamente limpida e di reazione alcalina.

Nelle fiale in cui viene posto in commercio il salvarsan argentico si conserva un tempo indefinito, qualora queste siano integre; se però anche per minime fessure del vetro il preparato viene a contatto dell'aria, esso si decompone all'istante divenendo estremamente tossico; alterazione che non appare con facilità alla vista. Sarà invece necessario fare bene attenzione alle soluzioni perchè quelle compiute con il salvarsan argentico decomposto non sono più limpide, ma mostrano una opalescenza più o meno notevole ed all'occasione anche delle particelle non disciolte, quasi si trattasse di una soluzione di argento colloidale.

Nel compiere la soluzione sarà ottima precauzione versare nell'acqua a poco a poco il contenuto di una fiala; versandolo infatti tutto in una volta la polvere, che è molto fine, forma con facilità delle pallottoline che si disciolgono poi con estrema difficoltà e rimane in parte anche attaccata alle pareti del recipiente in cui si fa la soluzione. Per il salvarsan argentico è quindi in modo assoluto da sconsigliarsi di scioglierlo direttamente nella siringa, il che molti praticano usando altri preparati arsenobenzolici. Sciogliendo il salvarsan argentico versandolo lentamente sulla superficie di poca acqua bidistillata sterile contenuta in una piccola capsula sterile di porcellana, si vedranno le particelle minutissime distribuirsi sulla superficie del liquido e la soluzione compiersi in modo perfetto e veloce. Vi è chi per maggior sicurezza pretenderebbe che la soluzione fosse filtrata attraverso un filtro sterile, ma questa precauzione è superflua se nel preparare la soluzione ci si comporterà nel modo suddetto.

È oltremodo necessario che le soluzioni di salvarsan argentico siano freschissime. Vi sono dei medici i quali non esitano e trovano molto più comodo far preparare dal farmacista le soluzioni di neosalvarsan. Per il nuovo preparato ciò deve evitarsi; è sconsigliabile di conservare o comunque attendere prima di iniettare la soluzione perchè il preparato si decompone con estrema rapidità se rimane a sè per qualche tempo. L'alterazione di una soluzione non recentissima non è affatto controllabile ed il suo uso sarebbe quindi di gravissimo pericolo per i pazienti.

Noi prepariamo in genere qualsiasi dose di salvarsan argentico in 10 cmc. di acqua distillata sterile, ma abbiamo usato alle volte anche soluzioni più concentrate per esempio in 4-5 cmc. di acqua. I pazienti tollerano però meglio una soluzione più diluita, per esempio in 15 cmc. di acqua. La casa fabbricante del silbersalvarsan vorrebbe anzi che per dosi maggiori di gr. 0.10 si sciogliesse il preparato in 20 cmc. di liquido. È riconosciuto però che con soluzioni molto diluite si evitano in modo quasi sicuro i fenomeni angioneurotici o nitritoidi, i quali, quando hanno luogo, si dileguano rapidamente. Ad ogni modo per chi pratica la cura ambulatoriamente è buona cosa far subire l'iniezione ai pazienti dopo che essi hanno ultimato il lavoro e mai durante una sospensione del lavoro, ed è inoltre raccomandabile di far riposare un certo tempo i pazienti in posizione orizzontale dopo praticata l'iniezione.

Per adoperare il salvarsan argentico occorre una padronanza assoluta della tecnica delle iniezioni endovenose. È indispensabile che prima di iniettare la soluzione preparata si sia più che certi che l'ago sia bene immesso nel lume della vena, cioè che questa sia per così dire ben cateterizzata; solo così si eviteranno lesioni della parete interna della vena o, peggio, trasfissioni della vena stessa. Se per deficienza di tecnica il liquido, anche per poche goccie, penetra nello spessore della parete della vena o nei tessuti circostanti spandendosi in essi, si forma subito un infiltrato straordinariamente doloroso che rende i pazienti poco

propensi ad iniezioni successive. Onde evitare questo inconveniente sarà meglio accertarsi che il sangue refluisca all'esterno attraverso l'ago e solo allora innestare la siringa pronta. L'espediente suggerito dal Lombardo nel fascicolo 48 del *Policlinico*, 29 novembre 1920, mi sembra tenga troppo conto dell'impressione che poche goccie di sangue possano fare sul paziente, mentre, in migliaia di iniezioni endovenose arsenobenzoliche praticate da molti anni sui malati del nostro ospedale, noi non abbiamo mai constatato in essi nè impressione, nè orrore per quel poco sangue che dà invece la sicurezza assoluta di essere nel lume della vena.

Il silbersalvarsan viene fornito in sei dosi progressive da gr. 0.05 a gr. 0.30 con un totale di grammi 1.05 di preparato per ogni serie.

Le iniezioni debbono farsi con un intervallo non minore di quattro giorni, cominciando dalla dose di gr. 0.05 a gr. 0.10 e, secondo il parere dei pochi competenti che si sono finora occupati della questione, si può giungere fino ad un massimo di gr. 0.20 per le donne e di gr. 0.25 per gli uomini. Noi abbiamo potuto iniettare a moltissimi pazienti dei due sessi anche le dosi di gr. 0.30 non solo senza osservare inconvenienti di sorta, ma constatando anche una tolleranza completa. Le dosi di gr. 0.20-0.25-0.30 si possono ripetere con uguale intervallo di 4 giorni anche per lungo tempo, sino all'effetto terapeutico desiderato, ottenendo la guarigione dei sintomi clinici ed un risultato negativo nella Reazione di Wassermann.

Nei pazienti deboli, nelle malattie del sistema nervoso, specie quelle a sindrome dolorifica, è bene cominciare senz'altro con dose di gr. 0.05; si ripete questa fino ad una tolleranza perfetta e solo allora si aumenterà gradatamente fino a raggiungere dosi superiori. E così nei vizi cardiaci, nelle aortiti, negli aneurismi, nelle malattie di fegato, nelle malattie del rene, potrà usarsi il salvarsan argentico solo dopo un accuratissimo esame del malato e di tutte le sue funzioni, ma sempre con la massima cautela e rammentando che prudenza vuole si cominci e si continui con piccole dosi.

Secondo Nathan (*Presse Médicale*, 18 dicembre 1920) si può giungere, per iniezioni successive, ad iniettare nelle sifilidi recenti fino a 4 grammi di preparato nello spazio di 40 giorni e più; ma noi non siamo mai giunti a così alte dosi ed abbiamo raramente sorpassati i 2 grammi.

Nel complesso ci siamo convinti che il salvarsan argentico è molto più attivo del neosalvarsan ed è forse attivo quanto il salvarsan quantunque sia senza dubbio meno tossico di questo; qualità biologiche che il salvarsan argentico deve all'argento che entra in più nella sua composizione mentre la parte arsenicale ha avuto una notevole diminuzione. Certo contro la spirochete e contro le manifestazioni della sifilide ha una efficacia maggiore degli altri preparati arsenobenzolici tanto che deve essere a questi preferito quando è necessario agire rapidamente, specie contro le manifestazioni contagiose.

Gli esperimenti compiuti in Germania sugli animali hanno dato per risultato un indice chemoterapico più efficace del doppio rispetto al salvarsan e più efficace del triplo rispetto al neosalvarsan, cosicchè grammi 0.10-0.30 di salvarsan argentico corrisponderebbero a grammi 0.30-0.60 di neosalvarsan. Nella molecola del silbersalvarsan l'argento aumentando l'affinità specifica del salvarsan per la spirochete non solo darebbe al preparato un forte potere contro i parassiti tanto da provocarne il disfacimento, ma eserciterebbe anche una benefica azione verso i tessuti sifilitici.

Sta il fatto indiscutibile che col trattamento argento arsenicale si vedono in poco tempo malati già deperiti riacquistare totalmente le forze, e si ottiene un rapido miglioramento delle condizioni generali fino ad un completo benessere, mentre le manifestazioni contagiose a carico della pelle e delle mucose sono già scomparse dopo le prime iniezioni.

La scomparsa di queste manifestazioni, sebbene sia della più grande importanza, dal punto di vista della contagiosità del sifilitico, pure lo è un poco meno dal punto di vista della guarigione. Si ritiene, in genere, che la scomparsa dei fatti a carico della pelle e delle mucose sia del tutto insufficiente e che ciò che si debba sistematicamente cercare sia la sterilizzazione dell'organismo, quale è dimostrata dalla reazione di Wassermann ripetuta parecchie volte con risultato costantemente negativo.

Se questa risulti tale noi non possiamo a tutto oggi affermare perchè lo studio del preparato è tuttora in corso e del resto occorrerebbe ancora un ben lungo periodo di osservazione.

Possiamo però dire dei risultati immediati ottenuti nei differenti periodi della malattia quando l'infermo è trattato con il salvarsan argentico.

Nel periodo primario, quando è la sclerosi l'unica manifestazione sifilitica, noi abbiamo visto che il trattamento per iniezioni agisce sull'ulcera iniziale con la più grande rapidità

e con maggiore efficacia di altre sostanze, sì che, in pochi giorni, si vede l'ulcera cicatrizzarsi e coprirsi di epitelio.

Nel periodo secondario la roseola scompare con rapidità e, spesso, nelle 24 ore seguenti all'iniezione. In pochi giorni, dopo una o due iniezioni al massimo, scompaiono le placche mucose palatine, faringee e delle tonsille, le placche vulvari o perianali.

Nel periodo terziario le gomme e le ulcerazioni risentono anche esse i benefici effetti del salvarsan argentico: le gomme non ulcerate in breve si riducono e scompaiono; le ulcerazioni si detergono già alla seconda iniezione e presto cicatrizzano.

Nella gravidanza il preparato può essere adoperato senza timore ed i risultati sono ugualmente ottimi; ci manca invece esperienza riguardo al suo uso nei bambini eredoluetici.

I moderni mezzi di controllo ci diranno se il salvarsan argentico, opportunamente adoperato, possa realizzare la guarigione definitiva della sifilide; a noi basta aver lumeggiato le modalità dell'uso ed i meriti di questo nuovo strumento di lotta. Ma se i sifilitici secondari o terziari dopo una serie di iniezioni possono entrare in una fase silenziosa tanto dal punto di vista clinico che sierologico, non v'è chi non veda il gran beneficio che verrebbe all'umanità dall'impiego sistematico del salvarsan argentico nella profilassi sulle prostitute. Ci si avanzerebbe così di un gran passo nella profilassi sociale della sifilide e, con una diminuzione notevole nel numero di casi della malattia, si giungerebbe in avvenire ad un importante risultato pratico con un miglioramento notevole della razza.

A parte infatti la questione ancora controversa della guarigione definitiva della sifilide, noi abbiamo constatato che il salvarsan argentico sterilizza l'organismo nel senso che con esso si ottiene una scomparsa rapida e costante di tutte le manifestazioni visibili, le quali, nella quasi totalità dei casi, sono le responsabili del contagio interumano nella trasmissione della sifilide. La loro scomparsa deve dunque necessariamente mettere capo ad una spiccata diminuzione nella diffusione di questa malattia. Questo concetto del resto non dovrebbe rimanere una semplice teoria, e, se la guerra ha disgraziatamente creato delle condizioni troppo favorevoli alla propagazione della sifilide, basterà riprendere con fiducia la lotta e si otterranno, dal salvarsan argentico, completi quei risultati che gli studi già compiuti fanno sperare.

NOTA. — Nella profilassi sociale contro la sifilide — che è ormai urgente di iniziare sul serio — tutte le vecchie questioni dibattute sino ad oggi tra *Regolamentaristi*, e fra questi e gli *Abolizionisti* non hanno più luogo di esistere. Due soli punti rimangono da prendere in seria considerazione: 1° la distribuzione gratuita dei medicamenti, capaci di sopprimere, in breve tempo, il *sifiloma iniziale* — il 20 % — e le *placche mucose* — l'80 % — causa della trasmissione interumana della sifilide; 2° la instituzione di servizi veramente e seriamente atti a far riconoscere prestissimo i casi di infezione e ad apportar loro i rimedi necessari.

Poichè nella discussione della sifilide non è più il caso di preoccuparsi soltanto della prostituzione regolamentata, che è una quantità assolutamente trascurabile, di fronte ai mille modi di diffondersi il contagio tra le popolazioni sia delle città, che delle campagne, e poichè è pur ragionevole ed indispensabile diffondere a vantaggio dell'intera popolazione dello Stato tutti egualmente i benefici di cui dispone la Profilassi Sociale, onde arrestare il diffondersi dei morbi contagiosi, sarà indispensabile la fondazione di *Dispensari Profilattici Mandamentali*, nei quali venga provveduto, mediante medici adatti e medicamenti idonei e gratuiti a tutte le esigenze dell'igiene sociale moderna, sia per ciò che riguarda le malattie venereo-sifilitiche, che tutte le altre malattie infettive.

Così soltanto sarà possibile iniziare una lotta efficace contro tutte le infezioni, in particolare contro la sifilide, la quale può vantare già sin da ora a suo profitto una buona quantità di medici colti e coscienti, mezzi per una rapida diagnosi, somma efficacia, infine, di medicamenti (gli arsenobenzoli, tra i quali notevolissimo il salvarsan argentico), che per gli scopi almeno della profilassi pubblica sono da ritenersi insuperabili.

Dott. G. CIARROCCHI.

MEDICINA SOCIALE.

L'organizzazione antitubercolare a Napoli.

Nel primo numero della Sezione Pratica del *Policlinico* del c. a. viene riportata la conferenza tenuta dal dott. Guido Mendes « Sull'organizzazione antitubercolare in Francia ed in Belgio » agli ufficiali medici del presidio di Roma. Conferenza ottima, perchè con lucide parole e brevemente veniamo a sapere cosa e quanto si è fatto altrove in tema di lotta antitubercolare. E lodevolissimo è stato il pensiero della Direzione generale della Sanità Pubblica nell'inviare all'estero medici come il collega Mendes, dimostrando così di vivamente interessarsi del grave problema della lotta contro la tubercolosi. Ora, non per commentare quanto l'oratore ha detto a Roma, ma semplicemente per rendere consapevole il pubblico sanitario di quanto si è fatto e si sta facendo a Napoli al riguardo, io scrivo questi pochi appunti.

Il Mendes dice che in Francia ed in Belgio i mezzi più usati e più pratici per la lotta antitubercolare sono due: la propaganda ed i dispensarii di igiene sociale. Ebbene: anche a Napoli la Società Napoletana antitubercolare, sin dalla sua fondazione, ha avuto a cuore e l'una cosa e l'altra. Tralascio dal parlare di tutti i mezzi usati per la propaganda (dalle conferenze ai manifesti, alle visite a domicilio) per intrattenermi più a lungo sull'istituzione e sul funzionamento dei dispensarii. Perchè è anche giusto che in Italia dagli italiani venga conosciuto quanto si fa di bello e di buono, anche in questo ramo da noi.

Attualmente i Dispensarii antitubercolari in piena attività di funzionamento a Napoli sono due. Un terzo è in costruzione. La dicitura pubblica però non è tale, chiamandosi il primo per ordine di fondazione « Preventorium pro salute » ed il secondo « Dispensario d'Igiene sociale ». E ciò per ovvie ragioni. Ambedue, come anche il terzo, sono messi in punti centralissimi della città, nei quartieri più popolari e popolati, e sono stati costruiti di sana pianta. E ciò per rispondere alle esigenze ed allo scopo per il quale sono stati creati.

Sono splendide ed eleganti palazzine, completamente isolate dall'abitato, con piccoli giardini dinanzi agli ingressi, piene di luce e di aria. Il primo poi (del quale come assistente conosco meglio l'ambiente e l'andamento) per il sito ove è locato e per la disposizione dei locali soddisfa tutti i requisiti. Ha due ingressi: uno per l'entrata e l'altro per l'uscita. Ha la sua sala di ricezione di ammalati, il salone di attesa, la stanzetta per la farmacia. Di più, tre sale per visite, una per iniezioni, ed un ben fornito gabinetto per analisi microscopiche, vasche da bagno, cessi moderni, impianti completi di luce, acqua e riscaldamento; inoltre, nei vani sottostanti, una grandissima lavanderia a vapore e stufa di disinfezione.

Detto Dispensario è stato aperto al pubblico il 1° settembre del 1919 e sino ad oggi — nel breve tempo di 16 mesi — ha avuto un movimento di ammalati di oltre mille e cinquanta. Funziona tutti i giorni: nei dispari per gli uomini e nei giorni pari per le donne. L'età per essere ammessi al dispensario è dall'ottavo anno in poi. I più piccolini vengono inviati all'ambulatorio della Clinica di Pediatria.

Il personale medico del Dispensario, del quale ci occupiamo, è composto di cinque medici: il direttore, prof. Vittorio De Bonis, il 1° coadiutore prof. Scalfati e tre assistenti; vi sono inoltre due infermieri fissi e, durante il periodo delle visite, dame patronesse della Società che sorvegliano gli ammalati ed i diversi servizi del Dispensario. Il quale funziona nel seguente modo: l'ammalato che spontaneamente od accompagnato dalle dame si presenta per essere visitato, passa prima allo sportello di un ufficio così detto di Segreteria, nel quale una dama o l'infermiera raccoglie in una scheda personale tutte le notizie più importanti che riguardano l'infermo. Indi questi accede nella sala d'attesa, semplice ed austera, dove grandi cartelli con varii scritti recano nozioni elementari di igiene antitubercolare. Di qui senz'altro si è intromessi in una delle stanze delle visite, dove un medico accuratamente osserva l'ammalato, completa la scheda e detta la cura.

Abitualmente nella prima visita non si formula nessuna diagnosi e si invita l'infermo a portare nella visita successiva un po' di espettorato, o a ritornare nei giorni venienti per constatare l'esito della cutireazione o della reazione tubercolinica. L'ammalato riconosciuto affetto da tubercolosi lo si indica poi ad una delle dame visitatrici (e qui, a parer mio, sta tutta l'importanza della istituzione) le quali lo interrogano novellamente cercando di conoscere le abitudini, le condizioni economiche e l'ambiente nel quale esso vive. In modo che nei giorni seguenti o nello stesso giorno queste benemerite della società si recano presso la casa dell'infermo, ed ivi cercano di conoscere i familiari e, se del caso, li invitano a recarsi al Dispensario per la visita del medico. E nel contempo ai più bisognosi distribuiscono latte e carne, sputacchiere e disinfettanti.

Ma più di ogni cosa, danno a questi poveri infelici una parola di conforto e di speranza, non tralasciando mai di insegnar loro le norme più elementari di igiene ed il modo di comportarsi dell'infermo verso i sani e viceversa.

Il medico poi al Dispensario completa quest'opera con consigli e cure. Le quali principalmente consistono: 1° Pneumotorace artificiale, che viene applicato a domicilio solo nei casi indicati; 2° Tubercolinoterapia limitata ai casi nei quali i focolai tubercolari fibro-caseosi hanno raggiunto o vanno raggiungendo un certo grado di torpidità, che necessita modificare; 3° Cure ricostituenti generali dell'organismo a base di arsenico, iodo, calcio e di balsamici. Tutto viene rigorosamente praticato nel Dispensario, sotto la diretta responsabilità dei medici e con un rigoroso controllo da parte della direzione. E gli ammalati sono seguiti così giorno per giorno dal punto di vista medico dai sanitarii, e dal punto di vista di prevenzione e di propaganda dalle dame del Patronato coadiuvate dai medici. Ma l'opera del Dispensario non finisce tutta qui. Ognuno sa che noi in Italia, e specie nel Meridionale, difettiamo di Ospedali antitubercolari e di Sanatorii. Eppure nel limite del possibile gli ammalati gravi — la cui presenza in famiglia potrebbe essere di grave nocumento per gli altri — vengono denunziati al prof. Caro, Ufficiale Sanitario di questo Comune e Segretario generale della nostra Società antitubercolare, il quale provvede per il loro ricovero in un'apposita sala del locale ospedale della Vita. Durante il periodo estivo poi gli infermi più bisognosi di cura marina vengono inviati in appositi stabilimenti balneari se adulti, e nelle colonie marine se piccoli.

Come si vede, dati i mezzi ristretti che si hanno in Italia per la lotta antitubercolare, è ammirevole quanto si è fatto e si va facendo a Napoli. È ben poca cosa, è vero; ma è sempre qualche cosa in confronto del nulla desolante che sino a qualche anno fa imperava nella Capitale del Mezzogiorno.

La volontà di fare, e molto, non manca a chi è preposto alla direzione di una così umanitaria opera di redenzione, ma mancano i mezzi. Lo Stato dovrebbe intervenire in questa lotta davvero tremenda che la società combatte contro un nemico invisibile, che a centinaia di migliaia miete le sue vittime. Ed a Napoli, dove qualche cosa si è fatto, il Governo potrebbe incoraggiare le istituzioni già sorte, sussidiandole e creando nel contempo un Sanatorio ove dovrebbero essere inviati quegli infermi, e sono molti, che oggi languiscono miseramente senza un conforto e senza una speranza.

E tutto quello che si è fatto, e tutto quello che si farà, non sarà mai troppo per debellare la « peste bianca » che affligge l'umanità.

Napoli, 7 gennaio 1921.

Dott. NICOLA LOVERO.

NOTE POLEMICHE.

Il cateterismo difficoltoso dei prostatici.

Risposta al prof. SIGURTÀ.

Dati gli appunti mossimi dal prof. Sigurtà, mi si permetta una breve ma doverosa risposta esplicativa; e mi perdoni l'illustre urologo, se mi prendo una *tal briga*, nè per una seconda volta me la rimproveri.

A me pare di avere parlato di cateterismo difficoltoso dei prostatici e non del semplice cateterismo dei prostatici, — e voglia il maestro ammettere che moltissimi pratici abbiano nozione delle diverse forme di cateteri usati per la bisogna, — cateteri indiscutibilmente utilissimi, e dei quali non era da far parola nella mia breve nota, data la modestia del suo contenuto.

Nei casi in discussione ho, lo ripeto, usato una sonda molle di Nélaton 18 o 20 e un catetere di argento 8 o 10, la di cui flessibilità mi permetteva di modificarne a piacimento la curvatura. E con ciò non ho inteso affermare che un qualsiasi catetere metallico flessibile non possa rispondere bene, o meglio.

Si è voluto mettere in guardia il medico pratico *sull'uso sistematico* della manovra da me praticata; ma se io l'ho definito modestamente un ripiego di tecnica e come tale quindi desideravo che fosse valutato, specie dagli specialisti del ramo ben altrimenti attrezzati che non il pratico.

Si teme dal prof. Sigurtà che *il tatto non educato del pratico* (no, Professore, il tatto affinato del pratico è fuori causa) *farebbe false strade con una sonda molle* (!), sol perchè porta inguainata e per un sol tratto un catetere di metallo. E non si ha poi lo stesso timore per un *catetere di tessuto semirigido* (!), munito di grosso mandrino? Oh!...; ma questo è consigliato dal Guyon e quindi deve aver la preferenza.

Pel catetere a grande curvatura anch'esso di tessuto gommato da usarsi è da prenderne atto pel completamento del nostro armamen-

tario di pratici. Rivolgersi alla ditta indicata nella figura.

Infine il prof. Sigurtà vorrà ammettere che se per un fortuito caso Egli un giorno si troverà lontano dalla sua Clinica, privo del suo ricco e completo strumentario, e non avrà sottomano che qualche Nélaton e qualche sonda metallica, allora anche con questi semplici istrumenti — non consigliati da Guyon nella sua manovra — e che ogni pratico possiede, potrà costruire qualche cosa di simile a quel che si desidera e fare qualche cosa di utile al paziente.

Tanto per i pratici.

Gessopalena, marzo 1921.

Dott. PIETRO TILLI.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

L'emoagglutinazione.

Contributo alla fisiologia e patologia del sangue.

(C. J. BOND. *The British Med. Journ.*, 18 dicembre 1920).

I fatti riguardanti l'emoagglutinazione sono anelli in una catena di eventi nella storia vitale del corpuscolo rosso, e dipendono da alcuni mutamenti biochimici e fisici che ivi hanno luogo sia nello stato di salute, sia nello stato di malattia. Il siero di sangue e le emazie contengono rispettivamente emoagglutinine ed emoagglutinogeni comuni, che mentre rassomigliano agli omonimi specifici, differiscono appunto solo da essi, solo perchè non sono tali.

Capacità di tutte le emasie a produrre agglutinogeni. — Tutti i corpuscoli rossi dell'uomo e degli animali sono atti ad elaborare agglutinogeni sotto certe condizioni. Se emasie di animali sani, che non sono agglutinabili dal proprio siero, si lasciano in questo dopo averlo defibrinato e centrifugato, per una settimana, esse diventano agglutinabili. Ciò avviene eziandio se esse vengono lavate in soluzione fisiologica e quivi lasciate per due o tre giorni, ovvero se vengono tenute in soluzione di gelatina per quattro o cinque giorni, ovvero se vengono tenute nel proprio siero filtrato in candela di porcellana. Il freddo ritarda il fenomeno. Sicchè le emasie possono sviluppare agglutinogeni anche fuori il mestruo sanguigno. Ed è importante constatare che tutte le emoagglutinine del siero non passano per il filtro di porcellana, e la loro assenza dal siero è stimolo alla produzione di agglutinogeni.

Natura della reazione autoagglutinante. — Questa autoagglutinabilità è specifica, cioè è simile a quella che si verifica quando emasie fresche di un individuo sono messe in siero di altro individuo appartenente a diverso « gruppo di sangue »? — L'esperimento dimostra che l'agglutinogeno formato da emasie stantie di montone differisce dall'agglutinogeno formato da emasie fresche inquantochè esso risponde a tutte le agglutinine, mentre questo secondo risponde solo ad alcune di esse. Vi è comunque stretto legame fra i due tipi di reazione, specifica e non specifica, in quanto che la capacità dei corpuscoli rossi a sottostare ad una agglutinazione specifica viene accresciuta con la loro età, cioè con un fattore che aumenta l'autoagglutinabilità, determinandosi così una aggiunta di autoagglutinabilità non specifica ad una agglutinabilità specifica già posseduta da dette emasie. Il metodo della saturazione del siero offre un'altra prova che le agglutinine specifiche differiscono dalle non specifiche. Se emasie lavate e lasciate per qualche giorno nel proprio siero, quindi già provviste di agglutinogeno, si mescolano con un piccolo volume di siero proprio, si dà una saturazione delle agglutinine non specifiche, che non permette poi l'agglutinazione di una seconda dose delle stesse emasie. Ma il siero così saturato è sempre pronto ad agglutinare emasie di altri individui della stessa specie o di altre specie di animali con le quali vi sono affinità specifiche.

D'altra parte se il siero di montone viene saturato con emasie di alcuni individui umani, che si conoscono passibili di agglutinazione dal siero di montone, il siero così trattato, pur non potendo agglutinare una seconda dose delle stesse emasie umane, è capace ancora di agglutinare emasie vecchie lavate di montone.

Gli emoagglutinogeni come le emoagglutinine formano una serie graduata: l'agglutinogeno *A* basale, non specifico, si combina con la non specifica agglutinina *A* presente in ogni siero; l'agglutinogeno *B*, *C*, *D*, ecc., sono specifici, ciascuno con diversa struttura, capace di agglutinarsi con la corrispondente agglutinina *B*, *C*, *D*, ecc.

Mentre gli agglutinogeni specifici possono permeare lo stroma delle emasie subito dopo che il sangue sia venuto fuori, quelli non specifici non possono permeare lo stroma del corpuscolo rosso e sorpassare la parete se non dopo qualche giorno.

Gli agglutinogeni specifici, di biologico interesse, sono atti ad essere prontamente mobilizzati, mentre quelli non specifici, i quali sono prodotti durante la reazione dell'organismo

alla malattia, possono mobilizzarsi solo lentamente.

Gli agglutinogeni non specifici si formano pian pianino entro l'emasia; le agglutinine non specifiche si trovano preformate nel siero.

Le diverse specie di agglutinogeni specifici e il loro rapporto intimo con agglutinogeni non specifici sono importanti in relazione ai dati più recenti acquisiti intorno all'immunità specifica e non specifica e loro interdipendenza.

Come gli agglutinogeni sono formati dalle emasie. — Se le emasie di montone vengono lavate, pestate, e rilavate parecchie volte sì da allontanare tutta l'emoglobina, quindi centrifugate, sospese in soluzione fisiologica e rimesse nel proprio siero, l'agglutinazione si verifica. Ciò dimostra, che gli agglutinogeni sono non liberi nel corpuscolo, ma fortemente attaccati allo stroma.

Non è stato possibile avere agglutinogeni allo stato libero. Però il legame fra l'agglutinogeno e l'agglutinina mercè lavaggi ripetuti può essere rotto: esperienze dimostrano, che dei corpuscoli rossi già autoagglutinati dal proprio siero, possono essere separati col lavaggio e messi in condizione di riagglutinarsi mercè una nuova dose dell'istesso siero. Ciò vale anche, sebbene meno, per gli agglutinogeni specifici.

Alcune condizioni dell'agglutinogenesi. — Già è stato riferito, che il siero filtrato è miglior mezzo culturale degli agglutinogeni che il siero normale, meglio ancora se aggiunto a soluzione fisiologica. L'aggiunta di gelatina ritarda il fenomeno.

La ossigenazione più abbondante favorisce l'agglutinogenesi, anticipandola di uno a due giorni sui controlli.

Tanto le specifiche quanto le non specifiche agglutinine sono termostabili a 56° C.

Il filtro di porcellana trattiene le agglutinine, che sono libere nel siero, però mentre le più fini candele da filtro arrestano tutte le agglutinine, quelle a pori più grandi ne lasciano passare alcune. Così si comportano le agglutinine sia specifiche che non specifiche, fra le quali si è cercato, se vi fosse almeno qualche differenza di grandezza dell'aggregato molecolare, e finora si è trovato che si comportano in maniera perfettamente eguale.

Se il siero filtrato è migliore del siero proprio originario come mezzo di cultura degli agglutinogeni, gli è perchè, essendo esso privo di agglutinine, l'agglutinogeno non viene neutralizzato così come si produce.

Concludendo, dunque questa parte sperimentale del presente studio, si può ritenere acquisito che:

α) tutti i corpuscoli rossi possono formare agglutinogeni in certe date condizioni;

β) sia gli agglutinogeni che le agglutinine possono essere specifici e non specifici, i quali, per quanto vadano uniti, pur sono essenzialmente diversi; gli specifici sono anche di vario grado;

γ) gli agglutinogeni finora sono stati dimostrati fortemente aderenti alla superficie o all'intima compagine dell'emasia, giammai liberi nel siero, nel quale solo, al contrario, trovansi libere le agglutinine, e queste sono composti molecolari di grandezza non superiore ai pori fini di una candela di porcellana, onde sono capaci di restare sul filtro dopo la filtrazione.

N. GENTILE.

PSICHIATRIA.

Le psicosi senili.

(F. BONFIGLIO. *Quaderni di Psichiatria*, 1920, n. 11-12).

Gli studi anatomo-patologici più recenti tendono a individualizzare ed a definire esattamente le varie forme delle malattie mentali della senilità. Finora si è riusciti a distinguere nettamente due gruppi: la demenza arteriosclerotica e la demenza senile.

L'*arteriosclerosi cerebrale* è caratterizzata dalle note alterazioni vasali, che determinano focolai emorragici o rammollimenti cerebrali. Oltre alle lesioni della sostanza cerebrale in rapporto ai focolai di emorragia o di rammollimento, sono state descritte altre lesioni del tessuto nervoso, pure esse in rapporto con i territorî irrorati da vasi alterati, e quindi pure esse limitate in aree circoscritte, ma con carattere meno globalmente distruttivo. Si conoscono due di questi «complessi» istopatologici. L'uno, più comune, è caratterizzato da sclerosi, degenerazione pigmento-lipoidea, necrobiosi, distruzione di cellule, degenerazione e distruzione di fibre, con successiva e progressiva infiltrazione nevroglica. L'altro è caratterizzato da grave, intensa degenerazione globale di tutti gli elementi ectodermici e da vivacissima proliferazione delle cellule delle pareti vasali, per cui la rete vasale dell'area colpita appare come costituita da grossi cordoni cellulari spesso impervii.

La *demenza senile* ha un quadro anatomopatologico proprio, differente da quello dell'arteriosclerosi cerebrale. Le lesioni istologiche si trovano diffuse in tutta la estensione del mantello cerebrale e consistono in un processo

degenerativo distruttivo primario del tessuto specifico nervoso con infiltrazione pigmento-lipoidea ed in alterazioni per lo più regressive ed in parte proliferative della glia. Questo processo è caratterizzato da due reperti speciali: le *placche senili* e l'*alterazione a grosse fibrille* delle cellule nervose. Le lesioni vasali sono quasi sempre secondarie.

Sebbene il processo isto-patologico della demenza senile si presenti diffuso a tutto il mantello cerebrale, tuttavia i varî territori corticali sono per intensità variamente colpiti. Nel maggior numero dei casi, e precisamente in quelli nei quali la demenza senile si presenta con quadro clinico classico, sono sopratutto colpite le circonvoluzioni frontali ed il corno d'Ammone.

Nei casi nei quali sono maggiormente colpite le circonvoluzioni temporali, parietali ed occipitali, il quadro clinico si differenzia dalla comune demenza senile principalmente per la complicanza di sintomi afasici ed asimbolici, e la malattia si manifesta in età anteriore alla vecchiaia. Si tratta di una demenza senile atipica.

Non è ancora ben chiaro se il processo anatomo-patologico della demenza senile debba considerarsi come un'accentuazione del processo fisiologico di involuzione senile, come si ammette generalmente, ovvero se esso sia un processo patologico speciale, che nella senilità troverebbe soltanto il terreno più favorevole per il suo sviluppo. Il fatto che nel cervello di vecchi normali molto avanzati di età si sono riscontrate alterazioni simili a quella della demenza senile farebbe propendere per la prima ipotesi. D'altra parte però le placche senili e l'alterazione a grosse fibrille sono lesioni che non si trovano mai nei sani, e fanno propendere per un processo patologico.

Oltre alla demenza da arteriosclerosi cerebrale ed alla demenza senile nell'età avanzata si verificano altre forme di psicosi che possono suddividersi in due gruppi: 1° Forme morbose con quadri istopatologici non bene individualizzati, ma differenti da quelli delle suddette due malattie; 2° Un gruppo di forme morbose delle quali non si conosce il reperto anatomico.

Al primo gruppo appartengono le forme osservate da Kraepelin, Alzheimer, Ziveri, Spielmeyer, le quali si iniziano per lo più nell'età presenile, decorrono con sintomatologia varia (quadri paronoidi e catatoniformi, sindromi depressivo-angosciose, ecc.), ma hanno in comune l'esito in indebolimento mentale e alterazioni istologiche gravi a caratteri però non definiti.

Il secondo gruppo comprende tutte quelle forme morbose alle quali si addice ancora l'appellativo di psicosi «funzionale» e che sono ancora oggi raggruppate con criteri puramente sintomatici vari a seconda gli autori (malinconia involutiva, deliri depressivi presenili, delirio presenile di danneggiamento, catatonia tardiva, ecc.). Non è provato che tutte queste forme siano in rapporto ad involuzione senile.

dr.

CHIRURGIA.

Coledoco-enterostomia e dilatazione post-operativa dei dotti biliari.

(WILLIAM H. BARBER. *Annals of Surgery*, novembre 1919).

Si intraprendono spesso delle suture del coledoco perchè la sua dilatazione patologica lo rende praticabile, e si danno dei casi in cui si è forzati ad unire il coledoco o l'epatico ad un'ansa intestinale o allo stomaco.

Il primo tentativo di coledoco-enterostomia risale a Riedel nel 1888; nel 1890 a Kocker non riuscì di praticare una fistola bilio-duodenale; nell'anno seguente il primo successo fu ottenuto da Sprengel.

Gli studi e il caso seguito da successo di Mayo, pubblicato nel 1905, dimostrarono la possibilità di una sutura termino-terminale del coledoco e di una termino-laterale bilio-duodenale. Pel colmare i vuoti fra le estremità intatte di coledoci parzialmente distrutti furono introdotte sostanze estranee: sono state proposte vene, aponeurosi e appendice, ma senza successi promettenti. Al giorno d'oggi l'indicazione principale sembra sia per la diretta anastomosi, se è possibile per l'unione indiretta per mezzo di un tubo di gomma (Sullivan, Mayo) se è necessaria.

Ogni processo per riunire un dotto biliare parzialmente distrutto è difficoltato dalla inaccessibilità del campo operativo e dal gran numero di aderenze. Se la cistifella manca, o, comunque, è inutilizzabile per la colecisteenterostomia, s'impone la coledoco-enterostomia. In casi isolati fu tentata la epatico-enterostomia nonostante i pericoli di ascesso epatico.

Un tumore, un coledoco o una stenosi può gravemente disturbare l'ingresso della bile nell'intestino. Un dotto può essere tagliato o resecato intenzionalmente o accidentalmente durante un intervento; ovvero reciso per una ferita d'arma da fuoco. Le statistiche di Mayo danno le seguenti cifre: su 1100 operazioni su fegato e vie biliari, 159 operazioni sul coledoco, con perdita completa della continuità di que-

sto, in 7: 5 volte sezione volontaria durante una resezione per carcinoma, una involontaria ed una successiva a un vasto intervento per colelitiasi.

Gli esperimenti seguenti sono basati in parte su uretero-colostomie e in parte su rapporti di altri autori su anastomosi bilio-enteriche. Il coledoco legato è insinuato attraverso la sottomucosa di un'ansa del tenue e dello stomaco nel lume del medesimo e quivi fissato; l'estremo del dotto posto così dentro il lume e al disopra della legatura, può essere inciso, ovvero questo particolare può essere omesso, perchè entro tre giorni ne avviene l'apertura spontanea: così fu fatto nel 90 % degli animali studiati. Come nei trapianti uretero-enterici la tecnica operativa è semplice e non espone a infezioni locali, ma è soggetta ai pericoli di dilatazione del coledoco e di infezione biliare ascendente.

Le autopsie eseguite a varie distanze dall'operazione svelarono molti reperti interessanti. L'infezione ascendente del fegato disgraziatamente non fu potuta evitare, e costituì probabilmente la causa della morte di alcuni casi. In tutti gli esperimenti i dotti furono trovati dilatati, in qualunque tempo venissero esaminati. Alla fine del secondo giorno il segmento intramurale è notevolmente duro, apparentemente per le aderenze essudative e fibrinose che si formano attorno all'ansa anastomotica. L'estremità legata presto si retrae nel lume, si gonfia, si libera della legatura in circa 3 giorni; non vi sono segni di irritazione persistente. Complessivamente, nella grande maggioranza dei cani, il coledoco, l'anastomosi e l'ansa intestinale mancano di alterazioni patologiche grossolane e microscopiche, eccetto la già nominata dilatazione.

Questa dilatazione scompare ugualmente nei trapianti ureterici ed è evidentemente di origine nervosa: l'onda contrattile regolare dell'uretere del cane compare a intervalli di 9 secondi, ma se le connessioni nervose della parete sono alterate, detta onda cade a intervalli di 25, fino a 69 secondi, e in molti animali si sviluppa idrouretere e idronefrosi.

Rispetto al coledoco, la peristalsi non è stata osservata in rapporto al trauma, ma certo alla sezione e al trapianto segue una dilatazione. Lo sfintere di Oddi sta come una barriera fra un sistema aperto ed uno chiuso, contro dannosi cambiamenti di pressione e infezione ascendente. Le connessioni nervose di questo sfintere con i dotti biliari da un lato, con il duodeno dall'altro, vengono ad esser distrutte nella sezione del coledoco: in ciò probabilmente deve ricercarsi la causa della apparentemente innocua dilatazione biliare che si riscontra in tutti i trapianti.

L'attuale serie di esperimenti dell'A. comprende 20 animali: nell'articolo originale sono riportati i protocolli, nonchè numerose figure e microfotografie, illustranti la tecnica e i risultati dell'operazione.

L'A. giunge alle seguenti *conclusioni*:

1° Un coledoco sezionato troppo piccolo per suture, ma abbastanza lungo per una coledoco-enterostomia diretta, può essere riunito alla parte superiore del tenue o allo stomaco, ancorandolo obliquamente dentro la parete di questi.

2° Di 20 animali, in 18 con dotti temporaneamente ostruiti, si svilupparono anastomosi funzionanti nel 72 per 100.

3° Un certo grado di dilatazione dovuta all'inevitabile interruzione delle connessioni nervose non è incompatibile con la vita; una dilatazione dannosa si associa invece alla retrazione della estremità trapiantata, a cicatrice intramurale ostruente, o a epitelizzazione deficiente.

4° La tecnica seguita riduce al minimo i traumi capaci di dare aderenze. I fattori che in essa tendono a prevenire la retrazione dell'ostruzione del coledoco sono: *a*) una buona mobilizzazione dell'ansa intestinale anastomotica; *b*) il decorso obliquo del tratto intramurale; *c*) forse la dilatazione del capo intraintestinale; *d*) l'ancoraggio del coledoco lasciando il dovuto spazio per la retazione.

SEBASTIANI.

TERAPIA.

Le iniezioni endovenose di silicato di sodio.

(L. SCHEFFLER, A. SARTORY, P. PELLISSIER. *La Presse médicale*, 10 novembre 1920).

Il silicio, corpo diffusissimo in natura, in un individuo del peso medio di 65 Kgr. è contenuto nella quantità totale di 6 gr.; in una quantità, cioè, superiore a quella del ferro. L'importanza del silicio e la funzione di esso nell'organismo umano non sono completamente note. Soprattutto Gaute ha insistito sul fatto che il silicio è contenuto nel muscolo fresco di uomo e di toro in una quantità ben maggiore che non in quello di donna o di bue: detto A. fondandosi su tale reperto e sulla funzione che l'acido silicico ha sulla terra di distruggere cioè l'acido carbonico, ha emesso l'ipotesi che nella vita animale il silicio abbia proprio la funzione di

scacciare una parte dell'ac. carbonico risultante dall'attività muscolare (che nell'uomo e nel toro è più intensa che nella donna, nel bue, negli evirati).

Ma a questa funzione bisogna aggiungere anche quella antiputrida, quella vivificatrice che esercita il silicio.

In terapia il silicato di sodio è stato usato sopra tutto contro la arteriosclerosi. In un precedente lavoro gli AA. erano venuti alla conclusione che almeno in parte l'arteriosclerosi fosse dovuta ad un difetto di silicio nell'organismo, difetto che porterebbe ad un insufficiente lavoro di riduzione, ad una diminuita eliminazione di CO^2, ad un difetto della nutrizione cellulare, ad una produzione anormale di tossine. L'uso del silicio avrebbe per effetto di elevare la vitalità notevolmente depressa delle cellule e di perfezionare gli scambi organici. Il silicio, d'altra parte, è un ipotensivo.

Fino ad oggi il silicato di sodio è stato adoperato per *os* (1-3 gr. al giorno).

Gli AA. hanno pensato di somministrarlo per via endovenosa allo scopo di poter avere un'azione rapida in quanto del silicato preso per via orale l'80 % passa nelle feci; del restante 20 % il 10 % è eliminato con le urine il primo giorno ed il 5 % il giorno successivo.

Empiricamente gli AA. sperimentando la tossicità del silicato di sodio e ricercando le dosi innocue ed utili, sono riusciti a poter sempre iniettare fino a 2 cc. *pro die* di una soluzione di silicato di sodio al 0.50 % stabilendo come *optimum* l'iniezione endovenosa di 5 milligr. di silicato. Gli AA. praticano nell'arteriosclerosi, nei cardiorenali, negli anginosi, ecc., una serie di 10 iniezioni, una ogni due giorni; dopo una o due settimane di riposo si può riprendere il trattamento; esso può anche essere continuato senza riposo nel caso di necessità.

In complesso i malati dichiarati presclerotici traggono dal trattamento un beneficio evidente e rapido; negli altri la pressione sanguigna si abbassa, la viscosità del sangue tende a riportarsi alla norma, cessa la dispnea da sforzo; sopratutto i segni cerebrali (cefalee, vertigini) sono i primi a dileguarsi, e ciò indipendentemente dall'abbassarsi della pressione. Il silicato va usato naturalmente insieme al regime particolare igienico-dietetico del caso; esso è di nessuna efficacia nei casi avanzatissimi.

Gli AA. hanno anche notato (e ciò si propongono di dimostrarlo con ulteriori studi) che il silicato di sodio esercita una reale efficacia nella medicazione remineralizzante usata per la tubercolosi polmonare.

D. MAS.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

FOÀ PIO: *Trattato di Anatomia patologica.* — Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1921.

Abbiamo dato notizia del primo fascicolo di quest'importante trattato di cui il prof. Foà ha elaborato un piano organico e per cui s'è procurata la collaborazione dei nostri migliori patologi.

Il primo fascicolo, magistralmente redatto, conteneva l'*anatomia patologica del sangue e degli organi emopoietici.* In breve tempo è stato seguito da altri cinque:

Vanzetti: *Sistema circolatorio;*
Cesaris-Demel: *Apparato opoietico;*
Gamna: *Apparato digerente;*
Fabris: *Fegato, vie biliari e pancreas;*
Bonome: *Apparato locomotore.*

Ogni fascicolo contiene la trattazione completa dell'anatomia patologica di un apparato o di un gruppo di organi a funzione similare, entro lo spazio di 150-225 pagine in formato 8° grande, in un testo chiaro e succinto, illustrato da nitide figure a colori, in gran parte originali. La disposizione della materia è in ogni fascicolo armonicamente proporzionata e svolta in modo da esporre con chiarezza il concetto dell'A. sopra ogni argomento, senza divagazioni teoriche o lusso di particolari istologici. Così gli studenti vi possono trovare i dati che valgono a formare nella mente loro delle idee esatte intorno ai processi morbosi e alle alterazioni anatomiche caratteristiche.

Gli autori s'erano già tutti o quasi, con lavori speciali, formata una competenza nel campo che hanno trattato. Il prof. Foà ha saputo e potuto ottenere da ognuno un così disciplinato sviluppo della materia, che l'individualità degli autori, per quanto risalti evidente nella maturità del pensiero e nello stile, è dissimulata per la proporzione delle parti, per l'armonia del piano. Il difetto che culmina nei trattati scritti in collaborazione, i quali sono ormai per consuetudine divenuti i più frequenti, cioè la diversità della competenza e della estensione con cui sono sviluppati argomenti diversi, qui non appare. Sembra come se ognuno degli autori abbia cercato di livellarsi all'altro.

Così il trattato, che il prof. Foà ha diretto sul serio, contiene il frutto della competenza dei singoli, senza sacrificio dell'equilibrio tra le parti.

Non solo gli studenti troveranno nel trattato italiano la più utile guida, ma anche i medici

che amino mantenere sempre il contatto con la realtà anatomo-patologica vi apprenderanno quanto di nuovo s'è acquistato.

Sembrerà a taluno che ci siamo troppo soffermati sulla parte estrinseca del trattato, e abbiamo sorvolato sul merito dei singoli autori e sui criteri con cui ognuno ha creduto svolgere la materia affidatagli; ma i nomi degli autori sono noti fra noi ed all'estero, ed un esame approfondito di ogni fascicolo ci avrebbe costretto a un lungo discorso, mentre una comparazione sarebbe stata impossibile.

Gli autori hanno tutti sacrificato, all'amor proprio di trattare con ampiezza e con indirizzo specializzato l'argomento loro affidato, la soddisfazione di riuscire utili agli altri. E sono perfettamente riusciti nello scopo.

Se eguale svolgimento avranno le rimanenti parti — e non ne dubitiamo — il trattato italiano di anatomia patologica vittoriosamente gareggerà con i migliori di quelli pubblicati fuori d'Italia.

A. V.

TILNEY e WARREN: *The morphology and evolutional significance of the pineal body.* — Filadelfia. — Prezzo scellini 3.00.

Il mistero che avvolge la glandula pineale comincia a diradarsi. Questa piccola formazione, che pure aveva tanto eccitata la fantasia di naturalisti e di filosofi, ha nell'economia fisiologica un posto, la cui conoscenza si va sempre più precisando.

Il lavoro di Tilney e Warren è un'esposizione dettagliata di quanto si conosce sulla morfologia, sull'anatomia comparata, sul significato filogenetico dell'organo.

Quella ora pubblicata è la prima di una serie di tre parti, le cui ultime due sono dedicate alla fisiologia ed alla patologia del corpo pineale. A giudicare dall'accuratezza con la quale è svolta la prima parte, molto si può attendere dalle altre che seguiranno e che avranno per i medici un particolare interesse.

dr.

M. JANSEN: *Feebleness of growth and congenital dwarfism.* — Editori H. Frowde e Hodder e Stoughton, Londra. — Prezzo Scellini 12.60.

E' un lavoro inteso a stabilire i principi che regolano le deformazioni dello sviluppo in seguito ad influenze nocive. L'A. espone e discute l'azione dei fatti patologici e l'azione della pressione nel determinismo delle deformità. Critica e rettifica alcuni concetti sulla natura e le cause della debolezza muscolare, dello eccessivo sviluppo corporeo negli adolescenti e negli adulti, del rachitismo e di altre condizioni che sembrano alterazioni dello sviluppo differenti in effetti solo per intensità. Dà alcuni criteri per giudicare della costituzione degli individui in base al peso, alla forma, all'atteggiamento, all'andatura, alle condizioni delle mani e dei piedi.

Lavoro ben condotto e materiato di numerose osservazioni che sono registrate anche con parecchie e nitide illustrazioni.

dr.

LIESEGAN F. P., POLIMANTI O., KIESER K.: *Wissenschaftliche Kinematographie.* Un vol. rilegato in-8 di 352 pag. con 146 illustrazioni — Liesegang ed., Düsseldorf. — Prezzo Marchi 48+175 %.

Il cinematografo, questo tormento della nostra civiltà, ha fortunatamente applicazioni ben più serie e serene che quella di riprodurre le smorfie delle dive dell'arte muta. Ce le descrive il prof. Polimanti nella parte del volume dedicata all'uso del cinematografo nelle scienze naturali e nella medicina. La nostra visione è troppo lenta per poter cogliere le singole modificazioni in una successione rapida di movimenti; già il Marey con l'introduzione del suo metodo cronofotografico aveva fatto un largo studio analitico dei movimenti dell'uomo e degli animali, traendone importanti deduzioni; con maggior precisione ed agevolezza, il cinematografo permette una grande estensione di tale studio. È così che (per accennare prevalentemente a quanto si è fatto nel campo delle scienze mediche) si sono potuti studiare al cinematografo i movimenti del cuore messo allo scoperto, la meccanica del respiro e dei riflessi, la fonetica; notevole importanza può avere il metodo nella psicologia sperimentale, nella neuropatologia, nella medicina legale, per scoprire le simulazioni. Il Doyen si è fatto cinematografare mentre eseguiva un'operazione chirurgica ed ha potuto così scoprire molti movimenti inutili, di cui l'eliminazione permette una maggiore rapidità.

Lo stesso Polimanti ha portato un notevole contributo alle applicazioni del cinematografo, dapprima con lo studio dei movimenti di animali marini, poi riproducendo l'andatura di animali con lesioni sperimentali del cervello e del cervelletto. Nessuna descrizione può gareggiare con la precisa documentazione cinematografica, la quale ha potuto rivelare che l'andatura cerebellare è affatto diversa da quella dell'ubriaco a cui era stata un tempo paragonata.

Nè qui si ferma l'uso del cinematografo: il microscopio, l'ultramicroscopio, la radiografia, l'etnografia, l'igiene, l'insegnamento, ecc., sono tutti campi in cui questo maraviglioso strumento può riuscire prezioso, come dimostra la

suggestiva trattazione dell'A., documentata da una ricca bibliografia.

Il Liesegang ha trattato, con copia di particolari, la parte storica e tecnica: quest'ultima è pure assai importante per le difficoltà che si devono superare e per i necessari adattamenti. Al Kieser, che è un noto fotochimico, è stata affidata la trattazione dei processi per ottenere i negativi ed i positivi, sui quali sono date molte indicazioni praticamente utili.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 30 gennaio 1921.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

Proiettile da mitragliatrice nel polmone e nel mediastino sinistro.

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. riferisce su un caso da lui operato di estrazione di un proiettile da mitragliatrice nel polmone e nel mediastino sinistro e che trovasi a contatto coi grossi vasi.

Descrive la tecnica seguita nell'operazione ed illustra il caso con diverse radiografie.

Legamentopessia nelle retrodeviazioni uterine.

Prof. S ARCE. — L'O., direttore della Clinica chirurgica di Buenos Ayres, viene presentato dal prof. N. Leotta.

Il Presidente, con elevate parole, porge il benvenuto all'illustre Professore e questi, avuta la parola, si scusa di dover parlare nella sua lingua spagnuola, mentre sarebbe stato suo vivo desiderio usare la lingua italiana. Ricorda la visita fatta a Buenos Ayres nella scorsa estate dal socio professor Leotta, che presentatosi senza alcun protocollo alla Facoltà medica, finì per essere considerato come un membro della stessa famiglia. Ricorda le conferenze da lui tenute e la stima conquistata nel mondo scientifico argentino. Dice come anche egli, presentatosi in Italia senza protocollo alcuno, ha avuto la stessa calorosa accoglienza che gli toglie l'impressione di sentirsi straniero. Ciò si deve alla comunanza ed all'affinità che esiste tra italiani ed argentini onde si permette di far voti perchè tra i due popoli, anche nel campo scientifico, si stringano maggiormente i vincoli che già li legano in altri campi, vincoli stretti da milioni di italiani che tanto hanno contribuito allo sviluppo ed al progresso dell'Argentina.

Passa quindi ad esporre il suo processo di legamentopessia uterina nelle retrodeviazioni ed i vantaggi che esso ha sui metodi più in uso.

Il prof. PESTALOZZA dice di aver seguito attentamente la comunicazione da tutti compresa, nonostante fosse fatta in lingua spagnuola, il che è una nuova prova dell'affinità dei due popoli derivanti dal grande ceppo latino. Egli non tralascerà di sperimentare il metodo operativo esposto e rivolge intanto invito all'Arce di visitare la Clinica Ostetrica da lui diretta per mostrargli la tecnica seguita nell'affezione in parola dalla sua scuola.

Il Presidente ringrazia il prof. Arce a nome dell'Accademia per la comunicazione svolta e per i sentimenti espressi verso l'Italia, sentimenti che sono ricambiati cordialmente verso l'Argentina.

Osservazioni sopra la legge della reciproca innervazione dei muscoli antagonisti di Sherrington.

Prof. P. DORELLO. — L'O. ha potuto constatare come la palpazione dell'addome e degli organi in esso contenuti riesca oltremodo facile mettendo l'infermo in posizione supina con le gambe flesse sulle cosce, le cosce flesse quasi ad angolo retto sul bacino ed il sacro sollevato circa quattro dita dal piano del letto.

Il prof. LEOTTA dice di aver già esperimentato quanto è stato osservato dal prof. DORELLO ed ha visto come realmente la palpazione dell'addome riesca assai più facile mettendo l'infermo nella posizione voluta dall'O. E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 17 dicembre 1920.

Presidenza: Prof. SPERINO.

Contributo allo studio del ricambio azotato e della funzione epatica sotto l'azione del cloroformio.

LIMENTANI L. — Numerose ricerche sperimentali eseguite nell'Istituto Farmacologico della R. Università di Modena, diretto dal prof. Luzzatto, hanno dimostrato che sotto l'azione del cloroformio usato secondo quanto si pratica nelle comuni anestesie, si manifesta una transitoria ma intensa iperazoturia. L'aumento nell'eliminazione dell'azoto è dovuto non solo a maggior quantità di urea, ma ancora a presenza nell'urina di amino-acidi e di ammoniaca in quantità superiore alla norma ed inoltre alla presenza in notevole quantità della così detta frazione ossiproteinica.

L'O., per indagare la funzionalità epatica sotto l'azione del cloroformio, studiò la funzione uropoietica in rapporto alla eliminazione degli amino-acidi e dimostrò essere tale funzione assai indebolita presentandosi il rapporto

$$\frac{\text{N amino-acidi}}{\text{N ureico}}$$

assai superiore alla norma.

Mutazioni nel campo dissenterico.

Prof. A. ASCOLI. — Le esperienze fatte con germi dissenterigeni di recente isolati e quelle con germi atipici e anche con gli stessi germi dopo un loro lungo adattamento ai terreni culturali, dimostrerebbero un graduale passaggio dai dissenterigeni tipici a quelli atipici con caratteri del coli, messo in luce servendosi di filo conduttore della tossicità e della agglutinazione crociata e deporrebbero per l'unità eziologica della dissenteria bacillare.

La termoprecipitoreazione nella diagnosi di tubercolosi renale.

Dott. G. WIGET. — L'O. ha applicato la termoprecipitoreazione Axali alla diagnosi della tu-

bercolosi renale, trattando esclusivamente su urine, nelle quali si notava la presenza di muco, di pus, o di sangue. Egli riporta 25 casi studiati, dei quali 16 con diagnosi clinica e termoprecipitoreazione positiva confermate dall'operazione e dall'esame dell'organo; gli altri casi di forme non specifiche e con termoprecipitina negativa servono alla conferma della specificità della reazione, che è positiva ogniqualvolta nelle urine vi è la presenza di materiale tubercolare e non solamente pus, sangue, muco, ecc.

Prende la parola il prof. FORNERO per ricordare il metodo di termo-precipito diagnosi del Micheli, che egli pure ha seguito in numerose ricerche fatte in campo diverso, e per insistere sulla relativa specificità degli immunsieri diagnostici, che è dimostrata dal modo di comportarsi degli immunsieri verso substrati non specifici.

L'influenza di alcuni sali sul bacillo di Bang.

Dott. M. DECLICH. — Il bacillo di Bang viene influenzato dall'azione dell'optochina, in modo da venir modificato nel suo aspetto morfologico non solo, ma da perdere nei ripetuti trapianti il potere agglutinogeno ed agglutinante verso il suo siero omologo.

Sopra un tumore granulomatoso del ponte dovuto ad una streptotricea.

Dott. F. ZIBORDI. — Bambina di 7 anni, affetta da affezione del ponte diagnosticata in vita. Autopsia: metà sinistra del ponte ingrossata, molle, fluttuante: se ne levò un liquido chiaro, che mostrava filamenti esilissimi, intrecciati, più o meno lunghi. Si ottennero culture pure in patate, brodo, agar, gelatina, latte, carote, di una tipica streptotricea: esito negativo da ogni inoculazione in animali da esperimento. Anche nel tessuto nervoso vicino — con colorazione di Boström — si mostrarono filamenti ifici, debolmente colorati, frastagliati. Sebbene per alcuni caratteri differisca, l'O. avvicina questo fungo alla forma *Asteroides* di Eppinger, pur facendo riserve per ulteriori ricerche. Presenta i relativi preparati.

Sopra la sterilizzazione del latte con la tintura di iodio.

Dott. ALMA SACCHETTO. — Le esperienze chimiche sul latte trattato con la tintura di iodio, e sopra ciascuno dei suoi componenti, dimostrano come lo iodio non si combini con nessuna delle sostanze proteiche contenute nel latte. Per mezzo della dialisi l'O. potè dimostrare che lo I. aggiunto al latte si comporta come un iodio-ione. Dalle esperienze batteriologiche risulta che per ottenere una sterilizzazione sicura e completa necessitano notevoli quantità di tintura; minore per una sterilizzazione relativa, e se il latte viene portato a temperatura di 37° per mezz'ora. Da tutto ciò può anche dedursi che lo I. nel latte subisce trasformazioni tali da rendere menomata o altrimenti modificata la sua azione antisettica.

R. SIMONINI.

Accademia Medico-Chirurgica di Perugia.

Adunanza del 20 dicembre 1920.

Presidente: Prof. RIGHETTI.

Ricerche istologiche nel sistema nervoso.

Prof. ROSSI: 1ª Dimostra nel sistema nervoso centrale umano peculiari disposizioni delle neurofibrille che possono verificarsi in condizioni tanto fisiologiche che patologiche, le quali ricordano quelle che si notano nei primi momenti della loro evoluzione e nelle cellule nervose di invertebrati. Presenta alcune microfotografie.

2ª Sulla base dei processi morfogenetici elementari che regolano la autogenesi, della degenerazione e rigenerazione del sistema nervoso periferico e del neurotropismo, dimostra come possano, tanto nel campo dell'Anatomia normale che dell'Anatomia patologica, conciliarsi le teorie riguardanti lo sviluppo del neurone. La teoria della continuità o monogenetica e la teoria della discontinuità o poligenetica, la teoria della rigenerazione continuativa e la teoria della rigenerazione discontinua.

3ª Ricorda come fino da 15 o 16 anni fa, a mezzo di ricerche sperimentali eseguite in *Rana e.*, sia pervenuto, a proposito della *rigenerazione* e dell'*adattamento*, agli stessi risultati cui è, recentemente (1918), pervenuto Laborn. Vedi *Annali della Facoltà di Medicina dell'Università di Perugia* (1904) e *Bullettino della Società Spagnola di Biologia* (1918).

Su quattro casi di sindrome Parkinsoniana consecutivi all'encefalite letargica.

Prof. CESARE AGOSTINI. — L'O. riferisce le storie cliniche di quattro donne, una di 12 anni, le altre di 30 ai 45 anni, nell'anamnesi delle quali figurava un attacco di encefalite epidemica, cui era seguito abbastanza rapidamente e si era fissata una fenomenologia nettamente Parkinsoniana.

L'O. si intrattiene sulla diagnosi differenziale osservando che solo l'ulteriore andamento della malattia permetterà di stabilire il prognostico che per ora si presenta riservato.

Mette in rapporto il reperto anatomo-patologico che dimostra la predilezione delle lesioni dell'encefalite letargica sul mesocefalo e sui gangli centrali, ed il concetto oggi predominante che sede delle lesioni della paralisi agitante siano le regioni del *Locus Niger* e del *globus pallidus*. Parla della scarsa efficacia terapeutica in questi casi ottenuta anche con le alti dosi di cacodilato di sodio.

Conclude mettendo in rilievo l'importanza di seguire i casi sopradetti per vedere se si avviano a guarigione o se in qualcheduno di questi non si determini la tipica *paralisis agitans*.

Mancato aborto e morte della madre per ingestione di solfato di rame come abortivo.

R. SILVESTRINI. — Ricorda, oltre la sindrome parkinsoniana, le coree, le sindromi bulbari, le

sindromi cerebellari, le sindromi spinali, le polinevriti a decorso rapido, vedute durante l'epidemia della cosidetta — e non a proposito — encefalite letargica.

Ritiene che la stessa infezione, a seconda della sua localizzazione, o della sua prevalenza di localizzazione nelle varie parti del sistema nervoso, abbia prodotto i varii quadri nosologici osservati.

Esantemi papulosi, pustolosi, morbilliformi e scarlattiniformi.

Dott. MORI. — Comunica numerose osservazioni fatte in un periodo di circa dieci anni, di esantemi papulosi, pustolosi, morbilliformi e scarlattiniformi in malati affetti da infezione di carattere tifoideo più comunemente talvolta con localizzazioni polmonali e spesso anche senza alcuna localizzazione speciale e con febbre modica: in tutti però la imponenza dell'esantema era in relazione con la gravità dell'affezione, in tutti costanti erano i segni di grave intossicazione e la forte astenia: la morte avveniva per collasso; se si aveva guarigione, la convalescenza era lenta.

Ritiene i casi da lui descritti essere dovuti a un germe speciale che può agire tanto in malati affetti da altre infezioni come in individui precedentemente sani.

R. SILVESTRINI. — L'O. distingue le eruzioni influenzali da un quadro di malattia infettiva con speciali caratteri clinici osservati in rari casi in questi ultimi anni nell'Ospedale e fuori.

Nelle poche emoculture fatte l'O. non ha potuto rilevare la presenza di germi, neppure del M. maltese.

Sul rumore di soffio succlaveare nelle lesioni periapicali.

R. SILVESTRINI. — L'O. in soggetti ammalati di broncoalveolite dell'apice con lesioni periapicali, ha notato, ascoltando in corrispondenza dei vasi succlaveari sulla clavicola o nella fossa sopraclavicolare lungo la clavicola, un rumore di soffio che non si ascolta dal lato sano e si può seguire per un certo tratto sul decorso della arteria succlavia.

A spiegare il *soffio succlaveare inspiratorio*, l'O. ritiene doversi invocare la pressione sulla succlavia di essudato plastico raccoltosi nella cupola pleurica che le sta al di sotto.

Il *soffio succlaveare espiratorio* è più frequente: l'O. l'ha trovato in casi di sinechia pleurica apicale e lo crede prodotto da stiragliamento sulla parete vasale. A retrazione di briglie pleuriche in modo da produrre per trazione sul cosidetto apparato sospensore della pleura una specie di cingolo attorno alla succlavia l'O. attribuisce il *soffio succlaveare sistolico*.

Accentuazione del polso negativo sulle giugulari nella cirrosi di Laennec.

R. SILVESTRINI. — In diversi malati di cirrosi epatica di Laennec l'O. ha osservato il fenomeno della accentuazione del polso negativo sui vasi venosi del collo; la causa risiede, secondo l'O., nel ristagno portale e quindi diminuito afflusso di sangue nella cava inferiore.

Sullo spostamento laterale del laringe nei versamenti pleurali.

R. SILVESTRINI. — L'O. ricorda d'aver fatto studiare questo segno dal suo compianto allievo Meoni.

L'O. ha veduto prodursi il fenomeno, sebbene di solito in modo meno accentuato, anche in altre condizioni morbose pleuro-polmonari capaci di produrre respiro vicario nella parte alta del polmone.

Ritiene plausibile la spiegazione di una maggiore pressione sul bronco per maggiore espansione della parte alta del polmone e quindi la lieve inclinazione della trachea e della tiroide verso il lato della maggior compressione.

Sul valore del sintoma del Cantani per la diagnosi di peritonite acuta.

R. SILVESTRINI. — L'O. dà molto valore al murmure vescicolare ben ascoltato sull'addome per la diagnosi di peritonite acuta molto diffusa o generalizzata.

Avendo seguito il sintoma da molti anni, può affermare:

1° Che non è patognomonico della peritonite perforativa. Lo ha trovato in peritoniti da propagazione in casi di tifoide, verificate tali all'autopsia.

2° Che si ritrova anche in casi di inondazioni sanguigne peritoneali (per pancreatite emorragica, per gravidanza extrauterina).

3° Che si può ascoltare in peritoniti largamente diffuse in una parte soltanto dell'ambito addominale. In questi casi la località dove il sintoma appare o si percepiva colla massima intensità può far diagnosticare la lesione che ha dato luogo alla peritonite (diagnosi differenziale fra peritonite da perforazione appendicolare o da perforazione d'ulcera gastrica).

4° Che in rari casi il diminuire e lo scomparire del fenomeno ha segnato l'inizio di regressione del parziale processo peritoneale.

S. MENGHETTI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Del torcicollo.

Sotto il nome di *torcicollo* (Bassetta, *Archivio di ortopedia, anno* 36°, fasc. I) si intendono quei casi di attitudine difettosa del capo caratterizzati essenzialmente dalla inclinazione involontaria e permanente del capo verso una spalla e dalla rotazione verso la spalla opposta.

Distinguiamo *torcicolli acquisiti* e *torcicolli congeniti*: l'A. ha potuto osservare nella Clinica Ortopedica di Milano, 17 casi del primo tipo e 78 del secondo e stabilisce i fatti principali che caratterizzano il torcicollo acquisito in opposizione al torcicollo congenito: 1° apparire piuttosto tardivo della deformità; 2° evoluzione relativamente rapida; 3° riferimento pressochè costante di un incidente quasi sempre ben determinato che assume il significato di fattore eziologico, provocando nella regione del collo una reazione dolorosa.

Nella forma congenita si distinguono:

Un torcicollo congenito essenziale dovuto a veri turbamenti dello sviluppo embrionario e fetale facilmente riconoscibile per la concomitanza di altre deformità o di semplici anomalie che attestano una profonda deviazione del germe dalla linea di sviluppo normale.

Un torcicollo congenito, secondario ad anomalie dell'ambiente e del mezzo in cui l'embrione ed il feto si sono sviluppati (pressioni abnormi uterine, tubarie, extrauterine, ecc., distocie varie, ecc.).

Un terzo gruppo di natura non strettamente congenita ma piuttosto traumatico-ostetrica è costituito da quei torcicolli che si constatano più o meno precocemente in nati da parto irregolare, manuale o istrumentale, dopo lungo travaglio, con presentazione anormale, con faticose manovre di rivolgimento, insomma con tutte quelle complesse vicende ostetriche che possono giustificare le più gravi e profonde alterazioni nello sviluppo somatico successivo.

Un quarto gruppo è costituito da taluni torcicolli di etiologia ignota, con anamnesi famigliare e personale negativa, ma che presenta tutti i caratteri clinici ed anatomici del torcicollo congenito.

Nella statistica dell'A., si riconferma il predominio del sesso femminile in tale deformità (in 95 casi; 60 femmine, 35 maschi); inoltre in 49 il torcicollo era a destra, in 46 a sinistra: in nessun caso bilaterale quale fu descritto da Ruge, Spencer, Hildebrandt, ecc.

Nei 78 casi congeniti predomina il tipo *sternale femminile destro;* segue il *clavicolare femminile* e il *totale maschile* (sempre considerando i capi interessati dello sterno-cleido-mastoideo).

Frequenti sono nel torcicollo congenito le deformazioni cranio-facciali, tanto da esser ritenute quasi costanti e da fornire con sicuro fondamento clinico un segno differenziale notevole tra le forme congenite e le acquisite.

Eliminata ogni ragione ereditaria, embriologica, fetale ed ostetrica, è facile constatare che il torcicollo acquisito appare quasi improvvisamente il più delle volte sotto l'azione di un dolore locale, di una sofferenza qualsiasi, di un disturbo anche passeggero che induce il p. a mettere e a mantenere il capo in attitudine difettosa: la diversa etiologia del torcicollo acquisito ha dato modo di descrivere forme la cui varia denominazione è in rapporto con l'elemento etiologico preminente: forma antalgica, spondilitica, mentale, desmogena, miogena, artrogena, oculare. Manca in essi quindi il quadro anatomico costante nel torcicollo congenito ed il comportamento dello sterno-cleido-mastoideo è variabilissimo: secondo l'A. anzi l'assenza di contrattura o di retrazione di tal muscolo dal lato di flessione del capo può rappresentare un segno sicuro per la natura acquisita del torcicollo: segno che diviene di certezza quando è accompagnato da contrazione o da contrattura dal lato della convessità cervicale.

La cura del torcicollo congenito può essere incruenta, con semplici collari di Schanz, ma soltanto nei primi mesi di vita: la cura incruenta, tanto manuale che istrumentale, in età più avanzata, ha perduto ogni fautore.

La cura cruenta del torcicollo dà ottimi risultati di attitudine e di funzione con la semplice sezione a cielo aperto dei due capi inferiori del muscolo, seguita da trazione obliqua del capo e controtrazione sul braccio: è utile in seguito un apparecchio immobilizzante gessato in ipercorrezione, e rilasciare quindi gradatamente il capo con successivi collari di Schanz.

In taluni casi a forma esclusivamente o in prevalenza sternale, nei quali la sporgenza del tendine retratto è netta, evidente e facilmente accessibile, si possono ottenere ottimi risultati di attitudine, di funzione e di cosmesi con la sezione sottocutanea, in una sola seduta, dei capi superiori ed inferiori del muscolo, pure seguita da trazione e da immobilizzazione gessata.

MONTELEONE.

Per la diagnosi di spondilite.

La spondilite, pure essendo ben nota all'ortopedico, non è sempre facilmente riconosciuta dal medico o dal chirurgo. Il processo infiammatorio dell'articolazione, spesso associato ad ipertrofia dell'osso, ad atrofia della cartilagine, a calcificazione dei legamenti può, sia per estensione dell'infiammazione, sia per pressione diretta coinvolgere le radici dei nervi. Ne accade quindi che il dolore può venire riferito non solo alle spalle od alle anche, ma altresì al torace ed all'addome e la spondilite può così simulare una malattia viscerale, variabile da un malessere vago ad accessi dolorosi parossistici. L'errore diagnostico può condurre ad operazioni inutili sulla cistifellea, sull'appendice, sull'apparecchio urinario. D. Vanderhoof (*Journal of am. med. Association*, 19 giugno 1920) su 78 casi ne ha trovati 40, in cui l'ammalato si lamentava di dolori addominali; in 23 si poteva escludere ogni malattia viscerale ed i dolori erano sostenuti dalla spondilite. Il trattamento ortopedico e l'asportazione dei focolai infettivi hanno fatto cessare i detti dolori dipendenti dalle radici dei nervi.

fil.

La diagnosi del morbo di Pott sifilitico sub-occipitale.

Offre molte difficoltà, in considerazione della rarità di tale malattia. Ad ogni modo, l'età relativamente avanzata del paziente, gli antecedenti specifici, eventualmente le stigmate sifilitiche possono far sospettare l'origine del processo, in un paziente, che, pure essendo in buone condizioni di nutrizione, accusa una rigidità spontaneamente dolorosa al collo, che peggiora col riposo a letto, un dolore acuto alla pressione sulle apofisi spinose delle prime vertebre cervicali, o sulla parte superiore del faringe. La reazione di Wassermann positiva può essere un buon indizio, mentre è un importante segno di localizzazione il fatto che il paziente sostiene il capo con le mani; la radiografia localizzerà le lesioni dimostrandone l'estensione.

Diagnosi differenziale. Il *torcicollo* non provoca dolore localizzato alle vertebre; l'inclinazione laterale del capo è affatto differente dal morbo di Pott, in cui il capo è in iperestensione o iperflessione. Il *reumatismo blenorràgico* ha inizio piuttosto improvviso, con movimento febbrile, il dolore non è localizzato alle vertebre cervicali. La *spondilosi* dà una rigidità generalizzata ed il paziente cammina tutto d'un pezzo.

Delicato è differenziarlo dal *morbo di Pott tubercolare*, in cui però la sindrome è affatto differente. Nei tubercolotici vi sono ricordi anamnestici di scrofola, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, ripetuti attacchi di bronchite: a differenza del sifilitico, il tubercoloso trovasi in cattive condizioni fisiche, con segni evidenti di manifestazioni tubercolari. Anche la sintomatologia è diversa: il dolore, nella forma tubercolare, è più che altro provocato, e diminuisce con il riposo a letto; le lesioni bacillari spesso suppurano, formano seni fistolosi, e raramente eliminano larghi sequestri. Dalle gomme, invece, esce soltanto del liquido sieroso sanguinolento, oppure piccola quantità di pus, denso; gli ascessi sono rari e guariscono presto, i sequestri numerosi e piccoli; il trattamento antisifilitico provoca miglioramenti, o, quanto meno non dà i peggioramenti che si verificherebbero invece nelle lesioni tubercolari.

Nei casi dubbî, anche le ricerche di laboratorio possono dare utili indicazioni, se positive.

(*Medical Record*, 1920, pag. 361). *l. b.*

Il trattamento dell'artrite deformante.

Boorstein (*New York med. Journ.*, 17 luglio 1920) dimostra che l'artrite deformante non ha alcuna relazione col reumatismo e che l'uso di ogni forma di salicilati ed anche dell'aspirina va evitato; essi intralciano la digestione e possono quindi peggiorare la condizione. Sono prive di valore le acque litiose o radifere e le cure elettriche.

In ogni caso, in cui non vi sia evidenza di tubercolosi, trauma o forme maligne, si debbono ricercare e curare i focolai infettivi. Con questo peraltro non si deve ritenere esaurito il còmpito, chè vanno curate le articolazioni mediante cure ortopediche per prevenire le deformità. Le articolazioni infiammate acute vanno imbottite e chiuse con cerotto per otto-dieci giorni, fino a che il cerotto si raggrinza e si stacca. Cessati i sintomi acuti si userà l'iperemia passiva (Bier) e quella attiva (aria calda, secca). Sono utili gli esercizi attivi e passivi: il massaggio richiede molta cura ed abilità. Si avrà cura altresì della digestione, delle funzioni intestinali, degli organi circolatorii; si daranno, secondo i casi, stricnina, arsenico, fosfato di ferro, olio di merluzzo, lassativi. Gli estratti ghiandolari ed i vaccini sono inutili.

fil.

NOTE DI TECNICA.

Valore pratico dell'esame citologico e chimico dell'espettorato per la diagnosi dell'asma e degli stati asmatiformi.

L'esame citologico dell'espettorato troppo spesso è considerato una semplice curiosità di laboratorio od una ricerca puramente scientifica; invece lo studio di alcune specie di cellule in uno con l'esame chimico ci può dare dati diagnostici di valore simile a quello che ci può fornire la citologia del liquido pleurico o cefalo-rachidiano: più precisamente per la diagnosi dell'asma ha un valore quasi grande come quello della ricerca del bacillo di Koch per la diagnosi della tubercolosi.

Le prime ricerche degli autori tedeschi rivelando la presenza di cellule eosinofile negli sputi degli asmatici non avevano condotto ad alcun risultato pratico per assenza di dati comparativi in stati similari.

Premesso ciò, Besançon e De Jong (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1920, t. 84) insistono che l'aspetto citologico ha molto più valore dell'aspetto esterno dell'espettorato: lo sputo «perlé» di Laennec non è il solo espettorato degli asmatici però: accanto ad esso possono constatarsi negli asmatici, sputi liquidi, mucosi o sierosi limpidi; o spumosi con aspetto di chiara d'uovo sbattuta, od anche muco-purulenti, come nelle comuni bronchiti. In tutti questi casi l'esame microscopico mostra la seguente formula caratteristica: il fondo è formato di muco jalino e su di esso due elementi cellulari: l'uno si trova negli sputi scarsi «perlés» ed è la cellula bronchiale, non degenerata, con la sua tipica forma, con il suo nucleo, talora con le sue ciglia; più importante è l'altro elemento, la cellula eosinofila, della quale gli AA. hanno potuto descrivere parecchie forme: alcune con il classico aspetto dei polinucleari eosinofili del sangue, altre con il nucleo multilobato picnotico, la maggior parte mononucleate simili ad un mielocita eosinofilo o ad un linfocita carico di granulazioni eosinofile.

Gli AA. non dànno importanza ai cristalli di Charcot-Leyden, rari a trovarsi, e così alle spirali di Curschmann.

Dal punto di vista chimico gli sputi degli asmatici veri sono privi di albumina che compare invece nei casi di asma complicati.

Tale aspetto citologico caratteristico è importante per la diagnosi delle forme larvate di asma: così si può svelare la natura della dispnea notturna di una supposta adenopatia tracheo-bronchiale, o della dispnea di un tubercoloso con minime lesioni pulmonari: al contrario, in sclerosi polmonari con bronchite cronica ed enfisema, con crisi di dispnea legate a riaccensioni bronchitiche, od a congestioni bronco-alveolari, l'assenza di una formula citologica eosinofila farà escludere l'asma.

L'esame degli sputi assume gran valore negli uomini che abbiano oltrepassati i 50 anni e presentino delle crisi dispnoiche notturne a tipo asmatico; esso esame infatti mostra in alcuni che l'asma è veramente in causa, ed in altri che si tratta di cardio-renali. Nello edema acuto dei polmoni il principale fatto è la presenza negli sputi di abbondante albumina, e microscopicamente di numerose goccioline di essudato siero-albuminoso. Negli sputi abbondanti degli asmatici «umidi» manca l'albumina: si trovano invece in mezzo a grande quantità di muco poco denso, alcuni eosinofili.

Nei catarri sierosi delle sclerosi polmonari con bronchiti croniche, all'inizio dell'affezione cardiorenale, si trova abbondante muco, scarsi elementi cellulari, minima albumina: in più rari casi insieme con l'albumina si trovano cellule cardiache, macrofagi carichi di pigmento ematico comprovanti l'esistenza di congestioni basali.

MONTELEONE.

IGIENE.

La lotta contro la difterite.

Uno dei capisaldi nella lotta contro la difterite sta nella ricerca e nella sterilizzazione dei portatori. Questi sono frequenti durante le endemie e le epidemie, mentre non se ne trovano o quasi al di fuori di esse.

Generalmente poi il portatore si libera dei bacilli in 3 o 4 settimane: in qualche raro caso però i bacilli rimangono più a lungo perdendo gradatamente la virulenza, che possono riacquistare con successivi passaggi, p. es., su gole nuove di bambini.

Il portatore è tanto più pericoloso, quanto più vicino è il momento in cui i bacilli sono penetrati nella sua gola, quindi i contatti con esso sono più pericolosi per quanto più sono precoci.

I tentativi di sterilizzazione dei portatori sono quindi di grande utilità nella lotta contro la difterite. Recentemente P. Z. Lomry (1) ha fatto in proposito ricerche sistematiche per trovare un sistema pratico ed efficace al tempo stesso. Scartati anzitutto i gargarismi, che non arrivano oltre l'istmo delle fauci, e che posso-

(1) *Revue d'hygiène*, luglio 1919.

no soltanto considerarsi utili per la sola bocca, eliminate le spennellature e le polverizzazioni, il Lomry ha trovato che solo le lavature e le siringature hanno reale efficacia, specialmente queste ultime sono le più pratiche. Il paziente si lava le mani in una soluzione di sublimato a 1 ‰ che poi si tiene dinnanzi, per sputarvi, e si libera poi dalle mucosità nasali. In seguito l'infermiera inietta quattro siringhe della soluzione disinfettante, una per ogni narice e due in bocca, introducendo la cannula — con un leggero gomito all'estremità — fino alla base della lingua. Con una quinta siringa si fa gargarizzare il paziente: per i bambini. si introduce la cannula fra le gengive e le guancie. Si ripete la disinfezione due o tre volte al giorno, prelevando, prima di incominciare quella del mattino, le secrezioni per l'esame batteriologico.

Le soluzioni che meglio hanno risposto allo scopo, sia per l'azione germicida che per il fatto di non essere irritanti per la mucosa nè coagulanti del muco sono le seguenti:

Acqua ossigenata diluita 1:9, e lo jodio-jodurato (jodio g. 10: joduro di potassio gr. 15, acqua distillata g. 100: 25 gocce corrispondono ad un cmc.) diluito a 2.5-3 % in siero di bue od in soluzione fisiologica.

Fra le sedute sono consigliabili frequenti gargarismi con le soluzioni accennate.

Generalmente la sterilizzazione non richiede più di una quindicina di giorni, e può considerarsi avvenuta dopo tre esami negativi nel tempo minimo di una settimana. In qualche caso vi sono dei portatori nei quali non si ottiene la disinfezione: tali individui vanno allo a inviati allo specialista, trattandosi spesso di condizioni patologiche (polipi, adenoidi, ipertrofia dei turbinati, deviazione del setto nasale, ecc.).

Per la profilassi dei portatori è stato altresì consigliato il metodo di Kretschiner, esprimendo le tonsille con lo speciale schiacciatoio di Hartmann ed irrigando i profondi recessi tonsillari con acqua ossigenata. È evidente però che tale metodo non ha la semplicità necessaria per una larga applicazione, come deve essere quella della disinfezione dei portatori.

Sembra invece che diano buoni risultati certi preparati chemoterapici della serie dell'acridina, fra cui il flavicida ucciderebbe il bacillo di Löffler anche a diluizioni da 1 a 1 milione. Il Langer (1) per ovviare al sapore amaro di tale sostanza vi ha aggiunto una sostanza edulcorante. Egli ne prepara una soluzione di 1:5000, introducendone 10 cmc. in ciascuna narice, per mezzo di una pipetta, e facendo tenere il capo in leggera retroflessione. L'irrigazione va ripetuta a brevi intervalli, almeno ogni ora; il parenchima linfatico diviene gradatamente più lasso ed i bacilli sono sospinti verso la superficie, dove subiscono l'azione del disinfettante. È utile completare l'effetto con gargarismi della stessa soluzione: il metodo è innocuo, non essendo la soluzione nè tossica, nè irritante.

FILIPPINI.

(1) *Therapeutische Halbmonatshefte*, 15 ottobre 1920.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1294) *Iniezioni endovenose di sublimato nella poliartrite.* — Al dott. V. B., da C.:

Se l'affezione articolare è di natura *reumatica* genuina, è necessario usare il salicilato di sodio ad alte dosi, da 8 a 10 grammi al giorno; se essa è invece l'esponente di *infezione generale settica*, a *germe noto*, è opportuno tentare sieri e vaccini specifici. Nei casi ad etiologia oscura, le iniezioni di sublimato per via endovenosa danno qualche volta resultati buoni; naturalmente i resultati sono immediati ed eccellenti se l'artropatia è sifilitica.

Circa il meccanismo d'azione nulla di sicuro ancora si conosce. *t. p.*

(1295) *Sulla importanza clinica della diminuzione dell'eliminazione dei cloruri negli stati patologici afebbrili.* — Al dott. T. C., Aless. d'Egitto, abb. 7733:

La determinazione dei cloruri nelle urine, al di fuori di alcune malattie febbrili e delle nefropatie, non ha ancora in clinica valore pronostico nè offre indicazione terapeutica alcuna. Nei malati quindi, che presentano diminuzione dell'eliminazione dei cloruri, si tenga conto sopratutto del fattore alimentare per spiegare tale anomalia; il complesso dei fenomeni morbosi pertinenti all'affezione in sè saranno guida più sicura e più chiara nelle indicazioni curative. *t. p.*

(1296) *Sui diritti di primogenitura nel parto gemellare.* — Al dott. M. Merighi di Castelleone:

I diritti di primogenitura nel caso di parto gemellare spettano al primo venuto alla luce. Ciò fu già per Esaù, mentre, per rimanere agli esempi biblici, si cita il caso dei gemelli avuti da Tamar (Genesi 38), dei quali fu riconosciuto primogenito il secondo espulso perchè aveva per primo messo fuori dai genitali materni una mano, alla quale la levatrice annodò un filo rosso per riconoscerlo. *Adisa.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In tema di concorsi.

Legge Comunale o Legge Sanitaria?

Lettera aperta al sig. cav. uff. dott. ALBERTO VIGO (*Doctor Justitia*) del «Policlinico», Roma.

Leggo nel numero 4 del nostro *Policlinico* di quest'anno una risposta (8588) al dottore abbonato N. 5505 in merito all'*elenco dei documenti* in un pubblico concorso al posto di medico condotto e, con mia meraviglia, vedo in essa esposto un parere che, oltre a suonare biasimo ad una Commissione giudicatrice di un concorso, mi sembra dannoso alla classe medica e contrario al vigente diritto sanitario.

Secondo il *Doctor Justitia* quella Commissione *ha male operato* escludendo dal concorso il dottore abbonato N. 5505 per aver presentato l'elenco dei documenti che possiede, redatto in conformità del regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale. Il medico condotto è un impiegato comunale e *non v'è ragione* per non applicare a suo riguardo le norme sancite per tutti gli impiegati del Comune *nel silenzio della legge e del regolamento sanitario.*

Che il medico condotto sia un impiegato comunale, è vero ed è pacifico; ma che a lui si possa applicare l'art. 96 del regolamento 12 febbraio 1911, n. 297 per la esecuzione della legge com. e prov. in ordine ai concorsi per gli impiegati comunali, è tutt'altro che vero, perchè il medico condotto è un impiegato comunale *sui generis*, governato da uno speciale contratto di servizio e di nomina (capitolato), che ha la sua base giuridica in tassative disposizioni di una legge speciale (legge sanitaria), e quindi non potendosi invocare a suo riguardo il *silenzio della legge e del regolamento sanitario,* cade l'opportunità e la necessità di applicare ad esso la legge com. e prov. che, per la documentazione dei concorsi medici, c'entra come i cavoli a merenda.

E lo dimostrerò ai lumi del buon senso.

Premetto, che da molti anni, facendo parte della Commissione giudicatrice dei concorsi medici in provincia di Piacenza, ho dovuto non poche volte ingaggiare aspre battaglie con Comuni e con concorrenti, che pretendevano d'interpretare la legge a loro modo, ovvero, invocare una giurisprudenza sballata od inesistente pur di vincere concorsi o schiacciare le nostre conquiste. Solo quest'anno, in vari concorsi recenti, mi è capitato di dover escludere concorrenti (non uno, ma tre in un sol concorso) che presentavano lo elenco puro e semplice dei loro documenti: l'ho fatto dopo lunga e maturata discussione coi colleghi della Commissione, e sono lieto di averlo fatto nell'interesse della verità e della giustizia; nell'interesse della classe nostra, che ha diritti e conquiste da salvaguardare; nell'interesse precipuo della serietà dei concorsi e della grave responsabilità che incombe ad una Commissione tecnica, che deve giudicare non per un concorso di spazzini, di guardie o di scrivanelli marginatori di pratiche, ma per un concorso al posto di un medico condotto, e che tale Commissione, quindi, ha l'obbligo di giudicare con piena cognizione di causa, e perciò ha diritto di *vedere* la laurea e i titoli *in extenso,* esaminarli attentamente, controllarne l'importanza, il valore speciale e la consistenza e finalmente compararli con quelli degli altri concorrenti.

A che serve, adunque, per tutto questo un semplice elenco di titoli? a che vale la dichiarazione d'un prefetto o di un sindaco che attesti — *sic et simpliciter* — l'esistenza dei titoli, ovvero, per meglio dire, dei documenti elencati?...

Non basta credere o far credere alla esistenza di titoli, ma devesi giudicare sulla consistenza ed importanza dei medesimi, e quindi, una Commissione che si rispetti non può e non deve giudicare *quia ipse dixit* (elenco), ma *quia ipse documentavit* (prova reale).

Ma poi, a tranquillità mia e dei Colleghi della Commissione, sta il diritto e la legge scritta; e fa davvero meraviglia e dolore che ciò sia dimenticato, ignorato o contestato da un consulente tanto apprezzato qual'è il *Doctor Justitia* del nostro vecchio *Policlinico,* il quale ha sempre dimostrato tanto amore per la classe nostra e tanta competenza nel diritto sanitario.

La legge infatti è con noi: ed è chiara, ed è precisa, ed è tassativa!

Ma quale legge?

La Comunale e Provinciale o la legge Sanitaria?

La legge Sanitaria: ed è quindi *errato* ed *infondato* il parere del *Doctor Justitia* che si appella alla legge Comunale, mentre esiste e *parla* (niente silenzio!) la legge sanitaria ed il regolamento sanitario nonchè tutti gli atti parlamentari che hanno contribuito finalmente a definire la figura del concorso per i Medici Condotti e la relativa nomina con disposizioni, che hanno completamente rovesciato e sconvolto ogni precedente disposizione della legge comunale e provinciale.

Prima della legge 25 febbraio 1904 N. 57 (art. 4) — ora T. U. 1° agosto 1907 N. 636 (art. 30) — come giustamente osserva l'egregio avvocato Enrico Bruni nel suo manuale legale del Medico Condotto — non si aveva alcuna norma regolatrice della nomina dei Medici Condotti. Tale nomina, come quella di tutti gli altri impiegati municipali, era deferita dalla legge com. e prov. (articolo 131 n. 2 T. U. 4 febbraio 1905 N. 148) al Consiglio Comunale, il quale vi provvedeva con assoluta libertà, senza vincoli di sorta e senza osservanza di altre forme legali oltre la ordinaria.

Ma oggi non è più così.

La nomina dei Medici Condotti è oggi regolata con disposizioni tassative dall'art. 30 della legge sanitaria T. U. 1° agosto 1907 N. 636 che fa obbligo del concorso; è regolata dagli articoli 26, 27 e seg. del regolamento sanitario 19 luglio 1906, N. 466 i quali stabiliscono che la nomina è fatta in base a capitolati di servizio e che in questi capitolati si devono stabilire le modalità del concorso, *le condizioni di ammissione dei concorrenti* etc. etc. e fra queste modalità e condizioni *sempre* si stabilisce l'*obbligo di presentare i documenti*

di rito e i titoli di studio, di carriera, di servizio etc. etc. Mai e poi mai, dal 1904 a questa parte, s'è pensato all'art. 96 del regolamento della legge Com. e Prov.; mai e poi mai s'è parlato di ricorrere ad *elenchi* di titoli più o meno autenticati per far comodo a frettolosi novellini, che ambiscono di concorrere a dieci posti contemporaneamente, e magari in provincie diverse. E si noti che è tanta l'importanza che si dà alla presentazione vera e reale dei documenti, che si esige il diploma di laurea in originale o in copia notarile. Altro che elenco!

E poi, infine, a che può servire questo elenco? A nulla. Ovvero, se vogliamo essere sinceri, serve solo a frodare la legge e specialmente il fisco, e a gabbare le Commissioni ed i Comuni. Non ad altro.

Nè si creda che questa sia opinione mia solamente. No. Di questo parere fu unanime la Federazione Emiliana dei Medici Condotti, cui esposi la questione in esame, e che, nella sua seduta del 21 gennaio 1921, ebbe a disapprovare il parere esposto dal *Doctor Justitia,* perchè trattasi d'un parere contrario alla legge e dannoso alla classe.

Ed invero per dire che è contrario alla legge scritta, basta confrontarlo colla interpretazione della legge sanitaria, cogli atti parlamentari che prepararono la nostra legge 1904 e il principio nuovo, completamente nuovo dei nostri concorsi e delle nostre nomine che vengono sottratte dalle partigiane manipolazioni dei Comuni e quindi anche dalle ormai sorpassate disposizioni della legge Comunale stessa specialmente per quanto è contenuto negli articoli 170 e 171 della legge Comunale (4 febbraio 1915, n. 148). Nessuno contesta nè può contestare che per effetto dell'art. 131 comma 2°, della prefata legge la nomina degli addetti al servizio sanitario spetta al Comune; e che al Comune spetta di stabilire anche i requisiti della nomina degli impiegati (art. 91 del Regol. 12 febbraio 1911, N. 297), ma non bisogna dimenticare che tali disposizioni erano anteriori alla legge sanitaria 25 febbraio 1904; che erano, allora, le sole veramente regolatrici dei concorsi e che ora tali disposizioni sono rimaste in vigore, sì, per tutti gli impiegati, ma ad eccezione dei medici e dei maestri che hanno leggi speciali, quelle leggi speciali che sono appunto previste dagli stessi articoli 131, 170 e 171 della legge Com. e Prov. e degli artic. 91 e 96 del Regol. alla legge Com. e Prov. le quali, senza togliere al Comune il diritto di nomina — parlo dei medici condotti — hanno però modificate radicalmente le modalità e limitate le attribuzioni ai Comuni, e quindi tali disposizioni, e in special modo quella dell'articolo 96 ora in esame, non sono affatto applicabili ai medici condotti.

Si aggiunge poi, *ad abundantiam,* che per dimostrare quanto il parere esposto sia contrario alla legge e non affatto fondato sull'art. 96, basta esaminare l'origine e la dizione dell'art. 96 medesimo, vedere quale ne sia la concatenazione che lo tiene in vigore nel regolamento e quale lo scopo e l'utilità sua per facilitare i concorsi dei Segretari Comunali e degli impiegati, ma non già dei medici nè dei maestri.

Infatti, quanto all'*origine,* per esempio, dell'art. 96, è chiaro che esso nasce dall'art. 91 dello stesso regolamento e dall'art. 170 e 171 della Legge Com. e Prov. i quali tutti stabiliscono norme di ordine generale per i regolamenti speciali o regolamenti organici dei singoli Comuni, ma sempre *salvo* e *in quanto non provvedano altre leggi o regolamenti in vigore.* E di questi ne abbiamo a sufficienza colla legge Sanitaria 1° agosto 1907 e col Regolamento Sanitario 19 luglio 1906 più volte citati, i quali sono *ora* in vigore e sono leggi dello Stato che ben provvedono alla nomina dei Medici Condotti, anche senza la Legge Comunale.

Quasi poi non bastasse a dimostrare la nostra indipendenza ormai dalla Legge Com. e dai regolamenti organici Comunali che hanno origine dalle disposizioni degli art. 91 e seg., potremmo vittoriosamente ricordare che noi più non facciamo parte dei famosi regolamenti organici; che gli atti amministrativi che ci riguardano hanno una procedura speciale e diversa per l'interposizione del Consiglio Prov. Sanitario e che, finalmente, noi abbiamo dei *capitolati* di nomina e di servizio che hanno la loro base nel Regolamento Sanitario e non più nel regolamento della Legge Com. e Prov.

Quanto alla *dizione,* è troppo evidente che l'articolo 96, premesso quanto sopra, riguarda i soli Segretari Comunali ed impiegati amministrativi: e non già i medici ed i maestri.

Il parere espresso dal *Doctor Justitia* è anche dannoso alla classe: il che mi preme far noto in modo speciale e contro di esso richiamare la attenzione del nostro Presidente Martinelli e dell'egregio Prof. Luigi Silvagni, della Federazione degli Ordini.

È dannoso perchè esso dimentica anzitutto e rinnega tutta la lotta sostenuta dai Medici Condotti per avere la famosa legge 25 febbraio 1904 che doveva regolare — unica e sola — la nomina dei Medici Condotti; dimentica e rinnega il regolamento provvisorio *22 agosto 1904, N. 481* (lo si consulti! lo si consulti!) che proprio all'art. 9 stabilisce che ogni domanda di ammissione al concorso dev'essere *corredata dei documenti* e non già accompagnata da un elenco; dimentica e rinnega tutta la lotta che noi abbiamo combattuta per aver leggi nostre, solamente nostre, e non confuse con quelle di altri impiegati, per modo che noi abbiamo oggi un *diritto sanitario* degno di studio e di considerazione; dimentica, insomma, che noi siamo avversari accaniti e coerenti e logici della doppia giurisdizione sia professionale sia disciplinare: e perciò non vogliamo tante leggi a regolare le nostre nomine, i nostri doveri e i nostri diritti: una sola legge ci basta, quella sanitaria. L'altra la lasciamo per la nomina e disciplina, agli spazzini, alle guardie e agli scribaccini: *et non plus ultra!....*

Con la massima stima

Cadeo, 21 febbraio 1921.

Dev.mo

Dott. DECIO GANDOLFI, *Medico Cond.,* Presidente dell'Ordine de' Medici di Piacenza. (Abbon. n. 1053, da oltre 20 anni).

Commento alla lettera aperta del dott. Gandolfi.

Poche parole di commento a quanto dice il dottor Gandolfi:

1° Nessuno ha mai dubitato che il medico condotto non sia impiegato comunale. Sarà, come dice il dott. Gandolfi, un impiegato tecnico, ma è pur sempre un impiegato comunale, e come tale può bene avvalersi della disposizione contenuta nello articolo 96 del Regolamento comunale che non fa distinzione di sorta e si applica a tutti: al segretario comunale, all' ingegnere comunale, all'avvocato comunale e al medico condotto.

2° I documenti che di ordinario i concorrenti presentano consistono in certificati attestanti servizi precedentemente prestati presso pubbliche amministrazioni od alla dipendenza dello Stato. Or se tali certificati sono descritti in uno elenco, di cui il Prefetto della Provincia attesta l'autenticità, la Commissione può ben giudicare senza aver materialmente sotto occhi i documenti.

Che se di qualche monografia o pubblicazione la Commissione si volesse rendere conto direttamente potrebbe richiederne l'originale al concorrente onde giudicare con piena cognizione di causa.

Si intende che i documenti di rito devono essere presentati in originale ad ogni Commissione per accertarne la data e che la laurea originale può essere sostituita dalla copia autentica notarile.

3° Non v'è d'uopo di molto studio per rilevare subito che quanto il dott. Gandolfi asserisce circa gli articoli 30 della legge e 26, 27 e segg. del Regolamento generale sanitario non risolvono la vertenza perchè essi per nulla riflettono il caso, frequentissimo in pratica, di un medico che possedendo titoli scientifici o professionali redatti in unico esemplare intenda prendere parte contemporaneamente a due o più concorsi.

Nè la legge sanitaria nè il relativo regolamento, checchè ne dica il dott. Gandolfi, prevedono tale ipotesi e la risolvono. È d'uopo ricorrere alla analogia e, quindi, all'articolo 96 del Regolamento comunale, che prevede il caso e lo risolve.

4° L'applicazione del precitato articolo, oltrechè legale, è eminentemente liberale perchè consente maggiore esplicazione dell' umana attività, che oggi non tollera freni o pastoie, ma tenta a moltiplicarsi con la velocità della folgore e della luce, nè disconosce o conculca alcuna conquista della classe perchè non è certamente una *conquista* quella di crearsi restrizioni ingiustificate e mettersi nella impossibilità di prender parte contemporaneamente a più di un concorso.

Se si dovesse seguire un concorso dopo l'altro, molto tempo dovrebbero i professionisti attendere per ottenere un posto di condotta mentre è risaputo che le Commissioni giudicatrici emettono talvolta con molto ritardo le loro decisioni sulla graduatoria dei concorrenti.

5° Non è poi la prima volta che si è consigliato di attuare il suggerito espediente desunto dal Regolamento della legge Comunale e Provinciale e non risulta che l'attuazione di esso abbia trovato dissenzienti le Commissioni giudicatrici.

Doctor JUSTITIA.

Cronaca del movimento professionale.

Il Gruppo medico parlamentare.

Con la presidenza dell'on. Dore si è adunato il Gruppo medico parlamentare per discutere dell'atteso disegno di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

L'on. Evoli, che illustrò ampiamente il problema, espose quali dovrebbero essere le linee fondamentali della riforma, onde provvedere a togliere gli ospedali dalla situazione paurosa in cui si trovano e colmare le lacune più dolorose della assistenza sociale, senza suscitare diffidenze e contrasti nel Governo e nei datori di lavoro, per l'onere che dovranno sostenere, e nella classe medica per la trasformazione profonda, chè col progetto elaborato dalla Commissione ministeriale subirebbero i nostri istituti sanitari.

Capasso, Dore, Baglioni, Costa, Borromeo e Faranda si associarono ai concetti svolti dall'on. Evoli, insistendo unanimi sulla necessità di venire in aiuto degli ospedali, che stanno liquidando i loro patrimoni e parecchi sono ormai nella impossibilità di provvedere al loro fabbisogno.

Si deliberò di presentare una interpellanza sottoscritta da tutti i componenti del Gruppo presenti all'adunanza, del tenore seguente:

« Chiediamo di interpellare il ministro del Lavoro e della Previdenza sociale sulla opportunità che non sia più oltre ritardata la discussione in Parlamento del disegno di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, la cui urgenza è imposta, oltrechè dal doveroso soddisfacimento di bisogni assillanti delle classi umili, dalla necessità di recare immediato sollievo alle condizioni economiche veramente gravi delle Opere Pie Ospedaliere. — Evoli, Dore, Cirincione, Capasso, Costa, Faranda, Baglioni, Borromeo, Caporali, Morisani, Rindone, Guaccero, Pezzullo, Sgobbo, Anile, Paparo, Mazzarella, Falbo, Ciocchi ».

Il Consiglio del Collegio per gli orfani dei Sanitari a Perugia.

Il Consiglio di amministrazione del Collegio per gli Orfani dei Sanitari riunitosi a Perugia ha proceduto alla nomina della nuova Giunta.

A Presidente fu rieletto il prof. Luigi Simonetta; a Vicepresidente il prof. Righetti, a Consigliere delegato il farmacista Persi. Come membri aggiunti residenti a Perugia da scegliersi fra i più anziani furono chiamati in Giunta i professori Paoletti e Petrini. A revisori dei conti furono nominati i dottori Ancona, Villa e Vivenza.

Dall'esposizione del Bilancio preventivo pel 1921 risultò un attivo previsto in L. 513.530,70 in confronto di L. 240.137,08 del 1920; al quale si contrappone un passivo corrispondente con un'assegnazione al fondo di riserva di L. 4470.05 in confronto delle L. 1200 previste pel 1920.

Furono aumentate convenientemente le spese per le due Sezioni (maschile e femminile) del Convitto in Perugia da lire 149,380 a L. 289,601, e le borse di studio e i sussidi. Le prime furono portate a 141 (93 per maschi e 48 per femmine) e aumentati furono pure i singoli assegni, tanto per gli

assistiti in Scuole elementari, quanto per quelli alle Scuole inferiori, superiori, di magistero e in Istituti Universitari, da un minimo di lire 300 a un massimo di L. 1000.

Il Consiglio ha ritenuto necessario:

a) di trasformare la rappresentanza nelle provincie, abolendo i Comitati provinciali che dimostrarono deficiente attività, e sostituendoli con un unico Delegato (eleggibile dai presidenti degli Ordini medici, farmacisti e veterinari) il quale potrà essere anche delegato elettorale;

b) di provocare la riunione dei delegati elettorali in tempo più opportuno: in primavera, cioè, quando il nuovo Consiglio eletto potrà prender parte attiva all'amministrazione redigendo il preventivo su cui basare poi l'assistenza;

c) di far modificare la tecnica dell'assemblea elettorale affinchè, qualora non si verifichi il voluto numero legale dei presenti per la votazione, si passi ad un'adunanza di seconda convocazione, tenendo come valido nel conteggio dei presenti il numero soltanto dei delegati regolarmente designati dalle provincie;

d) di far aumentare il numero dei Consiglieri sia per dare posto ai rappresentanti nelle nuove provincie (terre liberate), sia per concedere qualche rappresentante in più ai farmacisti e ai veterinari.

Per queste affermazioni richiedendosi alcune modificazioni allo Statuto-Regolamento, fu dato mandato alla Giunta perchè studii partitamente l'argomento, presentando concrete proposte alla prossima riunione, che avrà luogo in fine di aprile o ai primi di maggio.

La Giunta dovrà anche proporre le seguenti altre modificazioni:

1° Cambiamento di intitolazione all'Opera pia, poichè lo sviluppo ormai raggiunto dall'assistenza a mezzo delle Borse di studio, modifica l'essenza dell'Opera stessa, che sorpassa quella di un Collegio Convitto. Si propone che si intitoli piuttosto: Istituto Nazionale di Assistenza per gli Orfani dei Sanitarii italiani;

2° Intensificazione dei contributi volontarii e facilitazioni delle loro costanti e continuate riscossioni.

L'adunanza si chiuse con un voto di plauso al prof. Simonetta.

Sindacato medico di Napoli e Provincia.

In seguito alle designazioni delle varie Associazioni Sanitarie il Consiglio dei Delegati del Sindacato Medico per l'anno 1921 è risultato costituito dai dottori Francesco Blasi, Arcangelo De Maio, Antonio De Cunzo, Ciro Formicola, Enrico Giordano, Michele Landolfi, Guglielmo Marsiglia, Amleto Nacciarone, Achille Sepe, Urbano Sorrentino, Gabriele Tedeschi e Giovanni Tritto.

Sono stati eletti a far parte del Comitato di azione i dottori Enrico Giordano, Michele Landolfi Guglielmo Marsiglia, Achille Sepe,. Urbano Sorrentino.

Federazione Italiana fra medici infortunisti. (Sezione delle Tre Venezie).

Il 4 marzo 1921 ebbe luogo la prima assemblea della sezione. Venne approvato il regolamento della sezione e fissata la quota sociale annua di L. 20. Alle cariche sociali riuscirono eletti: presidente, il prof. Cevidalli di Medicina legale alla R. Università di Padova; vice-presidente il dott. Boldini; segretario-cassiere, il dott. Dian; consiglieri, i dottori Oreffice, Marangoni, Oriani, Zambler.

Il presidente mise a disposizione dei soci l'Istituto di Medicina legale per riunioni scientifico-pratiche di infortunistica.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8718) *Ricchezza mobile - Esonero.* — Dott. E. B. da T. — L'articolo 81 del nuovo capitolato che conferma e dichiara diritto requisito l'esonero dal pagamento della R. M. si riferisce naturalmente allo stipendio e non agli altri eventuali emolumenti, di cui non si fa alcuna menzione. Essa, quindi, deve essere pagata sulla indennità, che riceve come ufficiale sanitario, sul caro-viveri e sulla indennità cavalcatura, quando sia corrisposta *à forfait*.

(8719) *Tassa esercizi e rivendite.* — Dott. M. S. da V. — I medici condotti residenziali non debbono pagare tassa di esercizio essendone esclusi come impiegati comunali dallo articolo 3 del Regolamento approvato con R. Decreto del 23 marzo 1902, n. 113.

(8720) *Tassa esercizi e rivendite.* — Dott. A. e B. da I. della S. — I medici condotti residenziali sono come tali, e non in quanto esercitino anche contemporaneamente la professione libera, esonerati dal pagamento della tassa esercizio come impiegati comunali ai sensi dello articolo 3 del Regolamento approvato con R. Decreto del 23 marzo 1902, n. 113.

(8721) *Pensione - Tempo utile per conseguirla.* — Dott. G. T. da R. — Il tempo utile per conseguire la pensione comincia dal giorno in cui è avvenuta la iscrizione alla cassa. Il servizio interinale prestato prima della nomina vale per la stabilità ma non per la pensione.

(8722) *Preferenze nella graduatoria.* — Dottor C. P. da S. — La preferenza è appunto per la graduatoria, ma non per la scelta del candidato, che resta sempre al libero criterio del Consiglio Comunale.

(8723) *Prestazione professionale.* — Dott. T. C. da V. — Se un individuo inscritto nello elenco dei poveri chiede l'ausilio non del medico condotto, ma di altro libero professionista, non è il Comune tenuto a pagare la relativa prestazione.

(8724) *Indennità cavalcatura - Ricchezza mobile.* — Dott. E. C. da V. L. — Sulla indennità per la cavalcatura si paga la R. M. sempre che essa sia accordata *à forfait* e non come saldo di debito.

(8725) *Infortunii sul lavoro - Soccorsi di urgenza.* — Dott. G. M. da C. — A Lei competono

i compensi stabiliti dallo articolo 149 del Regolamento approvato con R. Decreto del 13 marzo 1904, n. 141, per le prime cure e per i certificati che come medico condotto è obbligata a prestare agli infortunati. Qualora gli esercenti si rifiutino al pagamento può udire l'ordinaria autorità giudiziaria.

(8726) *Congedo per infermità.* — Dott. N. S. da C. — Se la infermità non risulta contratta in servizio si ha diritto a congedo per la durata massima di tre mesi. Se fu contratta in servizio, il congedo può estendersi fino ad un anno. Nell'un caso e nell'altro si ha diritto all'intero stipendio.

(8727) *Nomina a Direttore di dispensario.* — Dott. S. C. da C. — La deliberazione del R. Commissario con cui si procede alla nomina del Direttore del Dispensario antitubercolare può essere impugnata per due motivi, e cioè per violazione del disposto dallo articolo 140 della legge Comunale e Provinciale in quanto che nel caso mancava l'urgenza che autorizzava la sostituzione del Regio Commissario al Consiglio Comunale e per essersi nominato persona che non rispondeva alle condizioni imposte dal bando del concorso in quanto non possedeva attualmente la idoneità a coprire il posto, ma solo l'ipotetica presunzione, che avrebbe potuto riuscire forse anche fallace, di acquistare la piena attitudine nel tratto avvenire. Ogni impiegato deve essere pienamente idoneo a coprire il posto nell'atto della nomina e non dopo. Il Consiglio Comunale può, intanto, non prendere atto della deliberazione in parola, usufruendo della facoltà di cui all'articolo 324 della surricordata legge. La deliberazione del R. Commissario può essere impugnata, come provvedimento definitivo o con ricorso a S. M. il Re in sede straordinaria nel termine di 180 giorni dalla notifica, o con ricorso in sede contenziosa alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato nel termine di giorni 60 dalla notifica.

(8728) *Sostituzione di collega - Compenso.* — Dott. A. B. da S. — L'aumento del 30 % fa parte integrale dello stipendio e perciò deve esserle corrisposto cumulativamente con quello di base spettante al collega, che sostituisce. Non così il caroviveri, che è assegno strettamente personale indipendente dallo stipendio e che non può essere corrisposto alla stessa persona tante volte per quante funzioni od impieghi espleta nel Comune.

(8729) *Ufficiale sanitario - Stabilità.* — Dott. A. C. da R. V. — La stabilità dell'ufficiale sanitario non si acquista di diritto, ma occorre un analogo Decreto prefettizio. E poichè questo, come Ella dice, non è intervenuto, non può considerarsi stabile. Occorre far presente tale stato di cose alla Prefettura perchè si provveda a sistemare, al più presto, la sua posizione. Non vi è giuridica incompatibilità per l'ufficiale sanitario che sia cognato di un farmacista esercente nello stesso comune, in quanto che la funzione ispettiva sulle farmacie non più compete a detti funzionari.

(8730) *Pensione.* — Dott. D. D. S. da L. — Con 29 anni di servizio e 56 di età Ella liquiderà in base al locale Regolamento sulle pensioni annue lire 7287.70.

(8731) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. I. da G. — Non essendo Ella ammogliato nè vedovo, non ha diritto che alla indennità caro-viveri di lire 65 mensili.

(8732) *Alloggio gratuito - Cavalcatura.* — Dottor M. P. da F. — Se l'alloggio gratuito a favore del medico condotto è stabilito nel capitolato, non può essere tolto dal Comune a suo piacimento e nemmeno a seguito di analoga deliberazione della Autorità tutoria, perchè trattasi di distruggere un diritto acquisito. Gli atti dei Consigli Comunali possono essere sempre ed in qualsiasi tempo revocati, ma mai, però, quelli che determinano diritti i quali sieno entrati a far parte del patrimonio del beneficiato. La legge non fissa la misura della indennità di cavalcatura, di viaggio o di carrozza da corrispondersi al medico condotto per l'esercizio del proprio ministerio.

(8734) *Cassa di previdenza per pensioni.* — Dottore abbonato 1898. — Il servizio prestato come medico condotto si cumula con quello prestato come ufficiale sanitario agli effetti del calcolo degli anni necessarii a conseguire la pensione. Esponga il fatto chiedendo il cumulo dei servizi all'ufficio sanitario provinciale.

(8736) *Passaggio alla condotta del primo reparto.* — Dott. G. M. da S. — Il Comune non può fare la convenzione di cui è cenno nel quesito per sovvenire il medico del primo reparto perchè con essa si viola la legge che vuole che ogni medico incaricato di fare il servizio di condotta sia nominato in base a concorso, a norma dello articolo 30 della legge sanitaria. Informi dello illegale stato di cose il Prefetto ed il Medico provinciale per gli opportuni provvedimenti.

(8737) *Tassa esercizi e rivendite.* — Dott. O. C. da L. — I medici condotti residenziali non debbono pagare la tassa di esercizi e rivendite perchè sono impiegati comunali e perciò esenti a termine dello articolo 3° del Regolamento approvato con R. Decreto del 23 marzo 1902, n. 113.

(8738) *Acquisto della stabilità.* — Dott. F. A. da S. C. — Non si acquista la stabilità se la nomina non si è ottenuta a seguito di concorso. Non influisce se il periodo di prova sia stato espletato prima o dopo della nomina ad effettivo; ma del concorso non può prescindersi, altrimenti si violerebbe la legge. Per convincersene legga il parere del Consiglio di Stato riportato dal Manuale Astengo, anno 1913, pag. 407.

Doctor JUSTITIA.

Medici di bordo. — All'abb. n. 12937:

Veda le risposte già date lo scorso anno a p. 447, 495, 604, 717, 848, 943; vi troverà ampie e precise risposte ai quesiti formulati.

R. B.

ERRATUM.

Per una svista del proto, la notizia «Corso di perfezionamento in igiene» pubblicata nel fasc. 11, a pag. 392, non reca l'indicazione della sede, che è Catania.

CONCORSI.

BORGONOVO VAL TIDONE (*Piacenza*). — Condotta; capitolato modello. L. 6000 oltre L. 1800 per cavallo. In corso miglioramenti. Scad. 30 marzo.

BRESCIA. — Concorso per titoli ed esami per 4 frazioni; L. 6000 oltre L. 500 per ambulatorio e L. 1500 per trasporto. Scad. 31 marzo.

BUSCA (*Cuneo*). — Terza condotta; L. 4000 e indennità. Scad. 31 marzo.

CARENTINO (*Alessandria*). — L. 4500 e quinquenni, c.-v., L. 500 per alloggio, L. 500 quale uff. san. Scad. 31 marzo.

CHIAVERANO (*Torino*). — Condotta; L. 4000 e L. 300 per alloggio; L. 500 quale uff. san. Scad. 31 marzo.

COASSOLO (*Torino*). — Consorzio con Monastero di Lanzo; L 5000, oltre L. 1100 quale uff. san. e L. 100 per alloggio; per eventuale cavalc. L. 1800. Scad. 31 marzo.

CORIANO (*Forlì*). — L. 6500 oltre L. 2000 per cavalc.; in corso di approvaz. aumento a L. 800 e 2500 rispettiv. Scad. 30 marzo.

ESINE (*Brescia*). — Consorzio con Berzo Infer.; L. 5000 oltre L. 2000 per cavalc. Scad. 31 marzo.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità.* — Concorso per titoli a chirurgo Direttore presso l'Ospedale; L. 12.000 lorde; quattro quinquenni del decimo. Compartecipazione sui proventi netti degli atti operativi agli abbienti nella misura da fissarsi; indennità caro-viveri. Documenti alla Segreteria Congregazionale entro il 17 maggio.

FOBELLO (*Novara*). — Condotta con Cervatto e Rimella; L. 5000; capitolato-tipo. Scad. 3 aprile.

MERCATO SARACENO (*Forlì*). — Terza condotta; L. 8000 oltre il c.-v., e L. 2000 per cav. Scad. 31 marzo.

MILANO. *Istituti clinici di perfezionamento.* (Fondazione «Pier Diego Siccardi» presso la Clinica del Lavoro). — Dal 1° luglio al 31 luglio 1921 resterà aperto un concorso a due posti di medico praticante in medicina del lavoro; vi saranno ammessi i laureati in medicina delle Università italiane, dopo il 1° luglio 1920. I posti a concorso sono promossi: uno dalla Fondazione «Siccardi»; uno dalla Società tra gli «Amici della Clinica del Lavoro», in omaggio al prof. Siccardi. I vincitori avranno la nomina a *medici praticanti* e riceveranno, a rate, un assegno di L. 1800 per un anno, oltre un eventuale premio di speciale profitto (medaglia d'oro). Le Borse avranno effetto col nuovo anno scolastico, ossia dal 1° novembre 1921. Segreteria didattica dei RR. Istituti Clinici di Perfezionamento, via Commenda, 12 - Milano.

MONTEMARCIANO (*Ancona*). — A tutto il 15 aprile 2ª condotta; L. 12,000 lorde con aumenti biennali del ventesimo fino a raggiungere L. 16.000; indennità caro-viv.; L. 2400 per cav.; dagli abbienti tariffa dell'Ordine ridotta del 50 %. Servizio entro 40 giorni.

MONTEU (*Udine*). — Consorzio; L. 4000 e caroviv. Capitolato tipo provinciale. Scad. 31 marzo.

MORSANO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — Condotta; L. 6000; indennità trasporto L. 2000; quale uff. san. L. 700; c.-v. Scad. 30 marzo.

MURANO (*Venezia*). — Condotta per tre posti; L. 6000 oltre a L. 1600 per indennità di barca e di residenza e doppia indennità c.-v. Scad. 31 marzo.

OVARO (*Udine*). — Condotta poveri, alle 16 del 20 aprile; Kmq. 54.146. Servizio entro 15 giorni. L. 6000 lorde; L. 1.50 per ogni povero oltre i 1000; L. 2000 per cav.; L. 600 quale uff. san.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo di chirurgia; L. 4500 lorde, bienni del decimo, caroviv., stanza personale con obbligo assoluto di pernottarvi. Documenti alla Segreteria non oltre le ore 17 del 15 apr. Elenco delle votazioni. Servizio entro 10 giorni. Chiedere annunzio.

PASIAN SCHIAVONESCO (*Udine*). — Consorzio; L. 6000 oltre L. 1500 cav. Scad. 31 marzo.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Prima condotta per la cura residenziale; lorde L. 8000 oltre L. 1200 per c.-v.; se incarico di uff. sanitario gratificazione di L. 260. Scad. 30 marzo.

PINASCA (*Torino*). — Consorzio; L. 4600 per 200 pov. su 5274 ab., L. 400 per all., L. 500 per bicicletta, L. 1000 quale uff. san.; quinquenni. Scad. 31 marzo.

PONTECCHIO (*Rovigo*). — Condotta; L. 6000; indenn. di trasp. e c.-v., oltre l'ab. Scad. 31 marzo.

RIANO (*Roma*). — Condotta; lorde L. 8000 oltre L. 500 per indennità disagiata residenza; L. 300 quale uff. san.; L. 300 quale direttore armadio farmaceutico. Servizio soli poveri. Scad. 6 aprile.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — 1ª condotta residenziale del capoluogo; L. 7000 (è in corso l'aumento a L. 10,000) lorde, con cinque quadrienni del decimo; due indennità c.-v. Servizio entro 15 giorni. Scad. 10 aprile.

RODDA (*Udine*). — Consorzio Rodda-Tarcetta; L. 6000 oltre, c.-v., indennità trasporto L. 1000, quale uff. san. L. 600. Scad. 3 aprile.

SALUDECIO (*Forlì*). — Due condotte residenziali; lorde L. 8000 con dieci bienni del ventesimo; c.-v.; L. 2500 per la cavalcatura obbligatoria; L. 2 per ogni povero sorpassante il mille. Il medico scelto uff. san. avrà un compenso L. 250. Scad. 31 marzo.

SOVIZZO (*Vicenza*). — Condotta; L. 6000; due indennità c.-v.; L. 1800 per trasporto; L. 400 quale uff. san. Scad. 30 marzo.

VALLONARA (*Vicenza*). — Condotta libera; L. 5000 oltre L. 1000 per poveri, dieci trienni del ventesimo sulla somma di L. 6000; c.-v.; L. 400 quale uff. san.; L. 600 per mezzo trasporto. Per poveri eccedenti il migliaio, L. 200 ogni centinaio. Proroga 10 aprile.

VEIANO (*Roma*). — Condotta residenziale; abitanti 1900 circa in un solo centro; L. 7000 lorde oltre L. 300 quale uff. san., L. 500 per disagiata residenza, L. 200 per custodia ed esercizio arm. farmaceutico; caro-viv. Scad. 30 aprile. Servizio entro un mese.

VILLATA (*Novara*). — L. 4000 fino a 300 poveri; L. 5 ogni povero in più; alloggio; L. 500 per uff. san. Scad. 31 marzo.

Ricercasi dal Comune di Pietralunga (Perugia), medico chirurgo interino per la generalità degli abitanti (2500 circa) della prima condotta. Durata: fino espletamento concorso. Stipendio L. 1000 mensili lorde R. M. Probabilità di nomina.

Medico italiano residente inverno Egitto, 35 anni, ex-aiuto ospedale Italia, conosce lingue, accetterebbe posto stabilimento idroterapico italiano in montagna od hôtel stagione estiva, eventualmente per varî anni. Cassetta Postale 2033 - Cairo.

Medico giovane, con pratica ospedaliera, cerca interinato. Scrivere offerte e condizioni dott. Salghini Livio. Modigliana (Firenze).

Cercasi interino medico-chirurgo aiuto presso l'Ospedale Grande di Viterbo. Le domande si ricevono fino al dieci aprile p. v. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Pio Istituto.

Diffide.

Nuove diffide: Vernate (Milano), Peglio (Pesaro), Serravalle (Bologna), Carpineti (Reggio Em.), Cesate (Milano), San Biagio Cime (Porto Maurizio); provincia di Piacenza (tutti i Comuni che non hanno approvato il concordato 12 genn. 1921 fra Commissione dei sindaci e il rappresentante dei Mm. Cc.); provincia di Rovigo (tutti i concorsi che non portino la cifra totale della popolazione e quella dell'elenco dei poveri).

Per la deliberazione del Comitato Esecutivo il concorso aperto per la nomina del Capo del Servizio Medico della Cassa Nazionale Infortuni è stato revocato.

NOTIZIE DIVERSE.

L'assemblea del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana.

A Roma, nella sede centrale della Croce Rossa Italiana, in via Toscana 10, è stata tenuta l'Assemblea annuale del Comitato Centrale della C. R. I. con l'intervento dei presidenti del Regno e delle colonie, e dei rappresentanti dei Ministeri dell'Interno, degli Esteri, della Guerra e della Marina.

Il Presidente Generale dell'Associazione, senatore Ciraolo, che presiedeva l'Assemblea, ha riferito sulla esecuzione dei nuovi ordinamenti dell'Associazione attuati dovunque; sullo svolgimento del programma sanitario ed igienico di pace svoltosi con i tre grandi Sanatorî in esercizio, e con i tre in preparazione; sulla assunzione degli importanti Ospizi Marini di Valdoltra, in Istria, e di Marina di Massa; sull'esercizio delle colonie permanenti per i figli di tubercolotici a Fara Sabina, Camerata e Vizzini; sul rendimento delle 31 colonie profilattiche estive che raccolsero 4500 bambini, e nelle quali la Croce Rossa Italiana impiegò il proprio materiale e circa un milione dei propri fondi; sulla maggiore azione antimalarica — quella ordinaria e quella per i congedati malarici — e sull'opera di protezione dell'infanzia e di propaganda igienica alla quale intensamente si dedica la Associazione. Ha pure esposto il bilancio rassettato del Comitato Centrale ed i criteri con i quali si sta preparando il bilancio economico e finanziario di tutta l'Associazione. Ha rappresentato la organizzazione di propaganda che, restaurati il bilancio, il materiale e gli ordinamenti dell'Associazione dopo lo sforzo della guerra, si sta preparando per moltiplicare il numero dei soci.

L'Assemblea ha pure discusso a fondo questioni relative al personale militare dell'Associazione ed a proposito di questioni sorte circa la partecipazione del personale militare nella gestione dei Comitati, dai quali essi in gran parte dipendono, ha convalidato le disposizioni dell'art. 36 dello Statuto in vigore.

La discussione degli ordinamenti e delle opere dell'Associazione è stata alta e di una nobile vivacità.

L'Assemblea ha plaudito al Presidente, senatore Ciraolo, per la fermezza e per la cura con le quali regge le sorti dell'Associazione.

Procedutosi quindi alla rielezione del Consiglio Direttivo dell'Associazione, questo è risultato così composto:

Vice Presidenti: on.li sen. Marchiafava e Lustig; on. Bonaldo Stringher; gener. Guido Bassi.

Consiglieri: gener. Brezzi; conte Bruschi Falgari; on. Camillo Corradini; on. princ. Fabrizio Colonna; march. Carlo Cavriani; conte Pietro Macchi; on. Alberto Theodoli; sen. Vittorio Scialoja; on Alberto Beneduce; prof. Gaetano Cappelli (Napoli); duca Lorenzo Sforza Cesarini; prof. Enrico Burci (Firenze); ing. Sansone Venezian (Trieste); on. princ. Lanza di Trabia (Palermo); march. Domenico Pallavicino (Genova).

Sono Delegati dei Ministeri: i generali Calcagni per la Marina; Della Valle, per la Guerra; il dottor Lutrario, per l'Interno; il conte Viganotti, per gli Esteri.

II Congresso per le industrie sanitarie.

Nel maggio del 1919 un forte nucleo di Medici, Chimici, Farmacisti ed Industriali, consci della necessità di una agitazione nazionale per l'incremento e la tutela delle Industrie Sanitarie, si riunirono in Milano nell'aula delle Associazioni Scientifiche, e dopo una calda e prolungata discussione deliberarono di indire un Congresso. A tal uopo fu costituito un Comitato di Medici, Chimici ed Industriali, che elesse a proprio Presidente il chiarissimo prof. Annibale Bertazzoli.

Questo Comitato ebbe la felice ispirazione di abbinare al Congresso una Mostra campionaria di prodotti chimico-farmaceutici e di specialità medicinali profittando della Fiera Campionaria che si sarebbe tenuta, pure in Milano, nel mese di aprile del 1920, ed in tale epoca ebbe luogo il Congresso e la Mostra.

I risultati del duplice avvenimento sono ora chiaramente esposti in un interessante volume di 300 pagine dal quale si rileva che al Congresso intervennero molte illustrazioni della scienza sanitaria, che vi erano rappresentate le più importanti personalità dell'industia chimico-farmaceutica, e che alla Mostra Campionaria presero parte 129 Ditte

di ogni parte d'Italia; riporta pure in esteso lo svolgimento dei temi trattati ed i voti emessi dai Congressisti. Fra tali voti vi fu quello, pronunciato per acclamazione, di tenere un 2° Congresso nel corr. anno 1921, per lo svilgimento di tutti quei temi che non poterono essere ampiamente discussi nel 1° Congresso, fu scelta come sede la Città di Parma, e vennero confermati in carica tutti i componenti il Comitato Esecutivo del primo.

Tale Comitato, che risiede sempre a Milano (via S. Paolo, 10) si è accinto al lavoro con indefessa attività, ed ha affidata la parte esecutiva al chiarissimo prof. Adriano Valenti, ordinario di Farmacologia nella R. Università di Parma, che aveva già dato un prezioso contributo alla riuscita del 1° Congresso.

Il prof. Valenti, che è il felice iniziatore di una Scuola di Erboristeria, sino ad ora unica in Italia, ha avuta la genialissima idea di indire pure in Parma, e contemporaneamente al 2° Congresso, una Mostra di piante medicinali (fresche, essiccate, di erbarii in natura ed in modelli con le indicazioni riguardanti la loro topografia e la loro produzione nelle singole regioni) oltre ad una Mostra di macchinario per l'industria chimico-farmaceutica e confezionamenti.

Il Congresso avverrà nel p. v. giugno, e certamente ad esso accorreranno tutti quelli a cui sta a cuore ed a cui interessa questa importantissima branca della nostra economia nazionale, e per la quale fummo, e purtroppo siamo ancora, così largamente tributari dell'Estero.

Il II Congresso internazionale di eugenica.

Sarà tenuto a New York dal 22 al 27 settembre 1921; ne sarà presidente onorario Alexander Graham Bell; presidente effettivo Henry Fairfield Osborne; l'Italia vi sarà rappresentata da Ernesto Pestalozza, presidente della Società Italiana di genetica ed eugenica, da Corrado Gini, vice-presidente, Cesare Artom, segretario, e V. Giuffrida Ruggeri, consigliere.

Segretario del Congresso è il dott. C. C. Little, American Museum of Natural History, 77-th Street, Central Park West, New York (S. U. d'A.): egli fornirà informazioni più dettagliate sulla preparazione, sulle modalità e sui lavori del Congresso. Potranno attingersi informazioni anche dal segretario della Società Italiana di genetica ed eugenica, prof. Cesare Artom, via degli Scipioni, 272, Roma.

Il primo Congresso ebbe luogo a Londra nel 1912; ma le vicende politiche impedirono finora nuove riunioni.

Per un Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Dell'erigendo Istituto, dovuto all'iniziativa ed alla tenace e fattiva volontà di Ettore Levi, si è occupato largamente in questo periodico il sen. prof. Ettore Marchiafava, illustrandone l'organizzazione e le finalità.

Il Comitato promotore comprende numerose ed alte personalità: S. E. Luigi Luzzatti, ministro di Stato, presidente dell'Associazione tra le Banche Popolari del Regno; sen. Rava, Sindaco di Roma, vice presidente della Società «Dante Alighieri»; march. sen. Ferrero di Cambiano, presidente dell'Associazione tra le Casse di Risparmio e le Casse di Assicurazioni sociali, ecc.; sen. Ettore Conti, presidente della Confederazione generale dell'Industria Italiana; conte Giuseppe Volpi, presidente dell'Associazione tra le Società Italiane per Azioni; comm. Bartoli, per la Confederazione generale dell'Agricoltura; sen. Barzilai, presidente dell'Associazione della Stampa Italiana; sen. Golgi, presidente del Consiglio Superiore di Sanità del Regno; sen. Alberto Dallolio, presidente del Consiglio Superiore di Assistenza e Beneficenza; sen. Lustig, vice presidente della Croce Rossa Italiana; senatore Marchiafava, vice presidente della Croce Rossa Italiana e vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità del Regno; sen. Foà, presidente della Federazione Opere antitubercolari; comm. Toeplitz, consigliere delegato della Banca Commerciale Italiana; comm. A. Pogliani, consigliere delegato della Banca Italiana di Sconto; comm. Orsi, consigliere delegato del Credito Italiano; sen. Della Torre; Banca Zaccaria Pisa; comm. De Michelis, Commissario generale dell'Emigrazione; sen. Artom, presidente dell'Istituto Coloniale Italiano; comm. Toja, direttore dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni; comm. Morpurgo, presidente delle Assicurazioni Generali di Venezia; prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici; sen. prof. Giuseppe Sanarelli, presidente dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana. La lista non è definitiva.

L'Istituto sarà organo pratico-scientifico di propaganda, di consultazione, di coordinamento e di studio.

Istituto per la propaganda della cultura italiana.

Presso l'Istituto coloniale, alla presenza di numerosi intervenuti tra i quali si notavano alte personalità della scienza, della letteratura, della politica, del giornalismo, fu tenuta la seduta inaugurale dell'*Istituto per la propaganda della Cultura Italiana*. L'Assemblea era presieduta dal senatore Corbino.

Data lettura dello Statuto sociale, che venne approvato dopo alcune lievi modificazioni, si alzò a parlare il sen. Corbino rivolgendo un saluto di augurio all'on. Martini, che indisposto non potè intervenire, e lesse quindi la relazione dell'Istituto, redatta dal Martini stesso. Il prof. Formiggini tracciò poi brevemente la storia dell'Istituto da lui fondato.

Si passò infine all'approvazione del bilancio e all'elezione del corpo direttivo, che risultò così composto: on. Ferdinando Martini, sen. Corbino, prof. Almagià, prof. Chiovenda, prof. Formiggini, prof. Gentile, comm. Roddolo.

Nella stampa scientifica.

La «Rassegna di Studi Sessuali», di cui si è iniziata la pubblicazione, è diretta dal prof. Aldo Mieli, docente nella R. Università di Roma, ed è

èdita dalla Libreria di Coltura (via Firenze, 37, Roma); uscirà in fascicoli bimestrali (abbon. annuo L. 20 per l'Italia, fr. 25 per l'Estero; fascicoli separati, L. 3.50).

Perseguirà scopi scientifici e pratici elevatissimi, di cui è garenzia il contenuto di questo primo fascicolo, ove figurano lavori pregevoli di S. Baglioni, M. Boldrini, V. Montesano, A. Mieli, G. Prezzolini, accurate recensioni e interessanti notizie.

Augurii.

Una nuova Facoltà medica nel Brasile.

È stata da poco inaugurata a Recife, nel Governatorato di Pernambuco.

Comprende 26 cattedre: quelle di neurologia e di psichiatria sono disgiunte tra loro; così pure quelle di farmacologia e di terapia e quelle di pediatria medica e di pediatria chirurgica; sono anche da segnalare le cattedre di urologia e di otorinolaringologia come insegnamenti obbligatorii. Gli insegnanti superano il numero delle cattedre: sono 32.

È questa la 7ª Facoltà medica del Brasile, il quale conta 35 milioni di abitanti, di modo che il numero di scuole mediche di cui dispone è appena bastevole ai bisogni.

Nella Russia dei Sovieti.

I rapporti scientifici tra la Russia e la Germania erano stati interrotti dall'epoca della guerra. Ora una missione di scienziati russi, presieduta dal prof. Nemenoff, direttore dell'Istituto Statale Roentgenologico, ha avuto l'incarico dal Commissariato della pubblica istruzione di ristabilire i rapporti interrotti e di acquistare la produzione scientifica tedesca di questi ultimi anni, nel campo delle scienze mediche e naturali.

La missione ha espletato il proprio mandato e il Nemenoff è tornato in Russia portando seco due vagoni ferroviari di strumenti scientifici. Egli ha concluso delle convenzioni con gli editori tedeschi, che d'ora in poi forniranno la Russia dei Sovieti con le ultime pubblicazioni scientifiche, mentre a Mosca si organizza una Commissione per la selezione e la distribuzione di esse ai varî Istituti scientifici della Russia.

Il 5 corr., dopo lunga e penosa malattia contratta in servizio, spegnevasi in Montefiorino, ove era medico chirurgo da un trentennio, il dott. CESARE PARENTI. Professionista di valore, colto, instancabile, dedicò la sua nobile esistenza agli infermi ed alla famiglia. P. ZANOTTI.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed resp.

ANNO XXVIII Roma, 4 Aprile 1921 Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Sistema nervoso e secrezione interna.

Dott. FILIPPO MOSCONI.

Chi, dinnanzi ad una macchina d'ingegnosa costruzione, spinga lo sguardo nell'interno e ne osservi delle ruote il veloce ingranaggio, sarà preso di meraviglia per l'armonia, che domina in tutto il sistema, e non esalterà mai abbastanza l'ordine rigoroso, che, saldo e sicuro, presiede all'apparentemente irregolare complicato meccanismo. Anche nell'organismo umano, che rappresenta una struttura complicata di parti, coordinate ad uno scopo, alla conservazione dell'esistenza dell'individuo, domina una accurata precisione delle singole attività funzionali, avvi illimitata subordinazione delle sue parti ad un tutto dirigente. E come in una macchina si ammira, anzitutto, quella forza, che collega tutte le sottili, sottilissime ruote ad un lavoro comune, così l'attenzione si dirige, dapprima, osservando il corpo umano, a quella forte potenza, che lega le varie parti in un tutto armonico, impiegandole per il regolare funzionamento di esso, ciò è a dire al sistema nervoso. Sì, il sistema nervoso soltanto crea da un insieme di organi, capaci di funzione, l'organismo vivente, soltanto la sua forza impellente riesce a mettere in movimento la grande macchina.

Al sistema nervoso è sorto, or non è molto, un valido concorrente nella secrezione interna. La dottrina di Brown-Séquard si fonda, come è noto, sulla ipotesi, che i singoli organi del corpo secretino certi prodotti chimici, i quali,

trasportati dalla corrente sanguigna, esercitano azioni determinate su altri organi. A tal modo avrebbe luogo una mutua influenza tra i vari organi non soltanto per opera del sistema nervoso, ma per intermezzo anche di questi secreti — ormoni — come li chiamarono Bayliss e Starling.

Nel suo corso trionfale la dottrina della secrezione interna si è affermata ed imposta al riconoscimento generale. In breve tempo di molto se ne è allargato il circolo delle conoscenze nel campo della Fisiologia, della Patologia e della Clinica, ed ora domina come uno dei problemi, che indirizzano la medicina dell'epoca presente.

Per quanto grandi vogliano valutarsi i progressi, dovuti alla nuova dottrina, è d'uopo tracciare alle sue leggi limiti netti. Essa non deve trascurare mai le funzioni del sistema nervoso, non deve incorrere in una infeconda unilateralità. Sistema nervoso e secrezione interna sono fisiologicamente equivalenti, spettando all'uno e all'altra il trasporto di eccitamenti.

La conoscenza — frutto d'indagine sperimentale — che in ogni organismo sano esistono sostanze, destinate a regolare il metabolismo vitale, mosse alla ricerca degli organi, cui assegnare il compito importantissimo della loro preparazione. E se da questa indagine risultò che ogni organo, ogni cellula, ogni tessuto possiede la capacità di adempiere un ufficio di sì alto significato biologico mediante una secrezione interna, è ben vero però che questa importante funzione fu attribuita particolarmente a certe ghiandole, nella massima parte formate da cellule aggruppate intorno alle pareti di vasi sanguigni e linfatici, come vere cellule ghiandolari attorno ai condotti escretori; deputate alla elaborazione di sostanze di difesa organica, atte a mantenere l'organismo in equilibrio fisiologico; e riunite, per la somiglianza della loro funzione, nel gruppo speciale delle ghiandole a secrezione interna (ghiandole sanguigne o del ricambio materiale). E siccome mancano esse di condotto escretore, si fu indotti ad ammettere che i secreti fossero versati direttamente in circolo, ed allora soltanto esplicassero la loro azione, valevole a provocare alla sua volta una serie di azioni successive, finora ignote. Questi organi a secrezione interna — sul cui importante significato Clinica e Sperimento non lasciano più alcun dubbio — non devono essere riguardate come unità a sè, ma quali anelli di una lunga e intricata catena, atta a stabilire, per via umorale, una correlazione chimica fra le varie funzioni dell'organismo, provvedendo in pari tempo alla regolazione automatica di queste.

Se di qualsiasi determinata reazione si afferma, adunque, che si consegua per opera di secrezione interna di ghiandole sanguigne, può e deve questa reazione prodursi soltanto per versamento di sostanze ghiandolari specifiche nell'apparato circolatorio. D'altra parte se le rispettive sostanze ghiandolari giungono in circolazione, ne devono seguir sempre i medesimi effetti. Ad ottenere risultati inoppugnabili è d'uopo tenersi saldi incondizionatamente a questi postulati. E ciò vale sia che l'attività secretoria interna delle ghiandole sanguigne si consideri produttiva — somministrante sostanze necessarie per il ricambio materiale — sia disvelenante — neutralizzante i prodotti tossici di detto ricambio — essendo del tutto indifferente, per l'argomento in discorso, l'una o l'altra interpretazione.

Ora se si pone la domanda, verso quale direzione può alterarsi la secrezione interna di una ghiandola sanguigna, si affacciano talune possibilità. Dapprima può presentarsi una alterazione quantitativa nella produzione, può, cioè, trattarsi di aumentata o diminuita secrezione del prodotto ghiandolare: iper-iposecrezione. In secondo luogo può alterarsi la qualità del secreto-dissecrezione. E questa consiste, presumibilmente, in una produzione di secreti, insufficientemente o falsamente elaborati In questi casi la ghiandola malata secreterebbe sostanze, le quali, in conseguenza della loro manchevole o falsa elaborazione, sarebbero immature o inadatte ad essere accolte nell'apparecchio circolatorio, e, quindi, come materiale estraneo al sangue, svolgerebbero azione nociva. Probabilmente ogni alterazione di quantità è accompagnata da una di qualità e viceversa: ma ciò che può asserirsi con certezza si è che d'ora in avanti dovrà farsi ai danni dissecretori una più larga parte, non accordata finora. Con l'ammissione di alterazioni combinate, di alterazioni, cioè, quantitative e qualitative ad un tempo dei secreti delle ghiandole sanguigne, potranno anche apprezzarsi al giusto valore taluni fatti, non del tutto spiegabili con la sola alterazione quantitativa, e per i quali s'invocò, arbitrariamente, il concorso d'influenze nervose.

Inoltre se, astraendo dai noti quadri morbosi clinici e considerando le ghiandole sanguigne come parti dell'organismo, aventi una funzione chimica, si cerca d'indagare se e in quale maniera sia possibile la remozione delle summentovate alterazioni di secrezione, la soluzione del problema non appare teoricamente difficile. Se vi ha diminuzione di secrezione, si rimuoverà completamente l'alterazione patologica, introducendo sostanza attiva ghiandolare. Un aumento dovrà combattersi o per ri-

duzione di volume della ghiandola sanguigna malata, ovvero per mezzo di sostanze, le quali, attive in senso opposto, valgano a neutralizzare l'eccesso di secrezione. Trattandosi di dissecrezione, potrà effettuarsene la rimozione vuoi per distruzione o neutralizzazione delle sostanze tossiche circolanti nel sangue, vuoi — valendosi dell'antagonismo, rivelatosi nei secreti di talune ghiandole sanguigne — con tentativi di limitare la secrezione della ghiandola malata mediante sostanze, derivanti da ghiandole antagoniste.

Ma come soddisfare praticamente alle suesposte esigenze teoretiche? Con quali argomenti Fisiologia e Patologia appoggiano le vedute dominanti e dimostrano effettivamente che si tratti sempre ed esclusivamente di funzioni prettamente secretorie interne di ghiandole sanguigne?

Ai postulati di una severa critica non regge propriamente che una sola ghiandola, la tiroide. La patologia della ghiandola tiroide richiamò l'attenzione generale su tre quadri morbosi principali: malattia di Basedow, mixedema, cretinismo, ed attribuì l'origine del primo ad ipertrofia, quella degli altri due ad atrofia di detta ghiandola. Essa insegnò anche che cretinismo e mixedema guarivano o miglioravano per somministrazione di sostanza ghiandolare tiroidea: dimostrò infine, in alcuni casi, la guaribilità o il mitigamento dei sintomi basedowiani o per riduzione operativa della ghiandola ipertrofica, o per mezzo di sostanze attive, neutralizzanti l'eccesso di veleno.

Ma, per ciò che concerne la tiroide, si è giunti quasi al limite dell'esatta conoscenza; solo vie incerte conducono a quella del meccanismo funzionale di tutte le altre ghiandole sanguigne. Per nessuna di queste può dimostrarsi nella stessa guisa una funzione prettamente secretoria interna. Nell'ipofisi e nel corpo pineale, che sono non soltanto ghiandole sanguigne ma anche parti cerebrali, necessita tener conto dei due fattori normali. Inoltre non è ancora gran tempo che è stata chiarita in parte, nelle sue particolarità, la fisiologia del pancreas, delle capsule surrenali, delle paratiroidi, del timo, delle ghiandole embrionali; molte volte non concordano qui risultati clinici e sperimentali. Anche là, dove un lavoro di lunghi anni rese ammissibile una iper- o iposecrezione, non si riuscì, frequentemente, a ristabilire, regolarizzando quantitativamente l'alterazione del secreto, le condizioni normali.

Prima d'entrare in particolari sui molteplici punti di contatto fra sistema nervoso e sistema delle ghiandole a secrezione interna, non sarà inopportuno accennare alle ricerche di Abderhalden, note già per il loro significato eminentemente pratico per la diagnosi biologica della gravidanza, e per le quali si sono ottenuti risultati nuovi ed importanti anche nel campo della secrezione interna.

Le ricerche di Abderhalden, oltre all'aver reso possibile, in taluna delle malattie da secrezione interna, la dimostrazione nell'apparecchio circolatorio di sostanze estranee al sangue, valsero anche, come meglio si dirà in seguito, a fare un po' di luce sul fallimento dell'apoterapia in quasi tutti gli stati morbosi, che sogliònsi far dipendere da anomalie funzionali delle ghiandole sanguigne, fallimento, che costituisce uno dei più validi argomenti contro la funzione secretoria interna di un organo.

Non ostante questi sprazzi di luce, molta oscurità regna ancora nella più gran parte dei problemi, attinenti alla secrezione interna. Certo all'Endocrinologia sono dischiusi vasti e promettenti orizzonti; però non si perda di vista che al presente, in cui Clinica e Sperimento forniscono di continuo risultati nuovi ed inaspettati, muta incessantemente anche la maniera di concepire la patogenesi delle malattie da secrezione interna, e s'abbia sempre presente che tutte le cognizioni in proposito, anche se laboriosamente acquistate, rappresentano soltanto valori momentanei e segnano unicamente un passo in avanti sulla via di una completa conoscenza.

Ghiandola tiroide. — Ad esperienze cliniche di lunghi anni si deve la dottrina, che a speciali alterazioni funzionali della ghiandola tiroide corrispondono tre quadri morbosi principali: morbo di Basedow, mixedema, cretinismo. A questi seguono, in ordine di serie ma senza lo stesso importante significato: adiposi dolorosa, talune forme d'infantilismo, ipotiroidia benigna cronica.

Le indicate malattie si possono scomporre in una serie di gruppi di sintomi o di singoli sintomi, dal carattere dei quali è possibile dedurre la maniera di agire del secreto della ghiandola tiroide sul sistema nervoso, azione manifestamente polivalente, siccome rilevasi dall'indubbia influenza, che esso esercita tanto sul cervello che sul sistema nervoso vegetativo, autonomo e simpatico.

Spiccatissima è l'azione della tiroide sul decorso delle funzioni psichiche nelle sindromi del Basedow e del mixedema. Appunto qui, dove l'antagonismo dei sintomi è nettamente scolpito, si riesce facilmente a fissare il tipo normale dell'azione ghiandolare.

Da una parte aumentata suscettibilità emotiva, natura irritabile, mutevole; dall'altra apatia, indolenza, disinteressamento; nel Basedow, oltre ad elevato tono delle sensazioni, un'assillante irrequietezza domina le azioni del malato; nel mixedema un'accasciante pigrizia ne è l'impronta caratteristica: nel Basedow l'irrequietezza può raggiungere i più alti gradi fino a trovare la sua tipica manifestazione nel quadro morboso della mania, più raramente della melanconia; nel mixedema l'apatia può farsi, talvolta, sì profonda, da passare alla fine in uno stato di completo torpore emotivo; insonnia o sonno agitato nei basedowiani, letargia o sonnolenza nei mixedematosi.

In base ad esperienze cliniche una primaria influenza si è attribuita alla tiroide pure sulle funzioni emotive; donde la denominazione di ghiandola dell'emozione.

A questa spetterebbe il compito — essendo la vita di sentimento, come è noto da gran tempo, legata al cervello — di mantenere le parti, cui è assegnato il decorso degli affetti, in un tono costante, alterato il quale, nelle sue anomalie di secrezione, ne originerebbero, a lungo andare, anche gravi sintomi cerebrali.

Gli stretti mutui rapporti fra tiroide e sistema nervoso centrale sono resi manifesti anche dalla circostanza, che traumi psichici, non raramente, danno l'impulso all'origine di un Basedow e di un mixedema.

Questa esperienza, tratta dalla Clinica, oltre a condurre dinnanzi agli occhi il mutuo rapporto di dipendenza dei due organi, mostra anche come dei due sistemi, fra loro in correlazione, possa prendere il sopravvento ora l'uno, ora l'altro. Ciò che varrebbe anche a scuotere, secondo Oppenheim ed altri, specie per la dottrina del Basedow e del mixedema, la posizione, del tutto dominante, della tiroide, esistendo effettivamente casi, in cui l'origine cerebrale della malattia non dovrebbe porsi in dubbio, mentre del tutto secondaria ne sarebbe l'alterata funzione secretoria interna.

Si farà cenno appena della vecchia teoria, rimessa di recente in onore, la quale aggiudica al principio attivo della tiroide, alla iodotirina, l'ufficio meccanico di regolare la circolazione cerebrale, attribuendo ad irregolarità di questa i disturbi psichici, concomitanti di dette malattie. Astrazion fatta se siasi o no autorizzati ad accettare per funzioni di tanta importanza una teoria meccanica, l'antagonismo dei sintomi principali nel Basedow e nel mixedema parla in favore di processi fissi prettamente cerebrali e non di un momento grossolanamente meccanico.

Un significato non meno importante ha il prodotto endocrino della tiroide per quel sistema nervoso, che presiede alle funzioni vegetative, circolazione sanguigna, trofismo, ecc. La sua influenza si fa sentire tanto sull'una che sull'altra delle due parti — autonoma e simpatica — di cui si compone il sistema nervoso vegetativo, prevalentemente però — come dimostrano osservazioni cliniche e sperimentali — sul territorio del simpatico.

De Cyon, il celebre fisiologo russo, che fu uno dei primi ad occuparsi di questo argomento, espresse l'opinione, che alla iodotirina sia devoluto il compito di mantenere a normale altezza l'eccitabilità dei nervi, regolatori della funzione cardiaca. E questa azione si produrrebbe, nel dominio del simpatico, per abbassamento di tono dei nervi acceleratori e vasocostrittori cardiaci, in quello del sistema nervoso autonomo, forse per elevazione di tono del sistema vago-depressore; risultati, a dir vero, non sanzionati, anzi discordanti dall'esperienza clinica. Che il principio attivo della tiroide influenzi gli organi circolatori e singolarmente il cuore attraverso l'innervazione di questo, è dimostrato anche dalla circostanza, che i sintomi più comuni del così detto tiroidismo terapeutico — tachicardia, accessi stenocardici, deliquio, collasso — appartengono a questo gruppo, e ricordano nel loro insieme il quadro basedowiano. Ma pur troppo bisogna riconoscere che, se ben noto è il fatto, che tra i sintomi principali tossici del secreto tiroideo ve ne sono, talvolta, alcuni assai gravi di eccitazione e di depressione anche del sistema nervoso cardiaco, non altrettanto noto ne è il meccanismo d'azione, discordi essendo le opinioni in proposito, come discordi sono i risultati sperimentali, finora conseguiti.

Esperimenti d'ipertirodismo artificiale sugli animali contribuirono all'acquisto di una più larga conoscenza, riguardante l'azione della iodotirina sul simpatico.

Per introduzione continuata di preparati ghiandolari tiroidei ha luogo spesso acceleramento del battito cardiaco; inoltre: dilatazione della rima palpebrale, protusione del bulbo, ritrazione della membrana nittitante, dilatazione della pupilla. La mancanza della tiroide condiziona nell'animale diminuzione di tono del simpatico, esplicantesi con rallentamento della sistole cardiaca e con una serie di alterazioni trofiche. Nel cane tiroidectomizzato l'adrenalina non provoca glicosuria, sintoma, che negli animali normali suole comparire per intermezzo del simpatico.

Un importante contributo, a tale riguardo, offre nella Patologia umana anche il morbo

di Basedow. In questo si ha: tachicardia, eccitabilità vaso-motoria straordinariamente elevata; inoltre: alterazioni secretorie, che si manifestano principalmente con forte iperidrosi, protrusione del bulbo, dovuta a contrazione del muscolo del Müller, innervato dal simpatico, e finalmente: aumentata produzione di calore, tendenza ad aumento di temperatura, sintomi, anche questi, riferiti ad elevato tono del simpatico.

Lo stato di diminuito tono di questo nervo trova la sua tipica espressione nel mixedema. Polso lento, senso di freddo senza orgasmo alla superfice cutanea, secchezza, ruvidità, desquamazione della pelle, caduta delle unghie e dei peli, temperatura al di sotto della norma parlano abbastanza chiaramente. Manifesto è il contrasto con i corrispondenti sintomi del Basedow.

La dimostrazione di gran valore, che in questa malattia e nel mixedema si tratti effettivamente di sintomi simpatici, è fornita dall'eccitazione sperimentale e dal taglio del simpatico cervicale. Quella opera: dilatazione della pupilla e della rima palpebrale, protrusione del bulbo, sudori nel corrispondente distretto del capo; quanto ai sintomi vasali, v'ha chi afferma restringimento con abbassamento di temperatura, chi dilatazione nella metà corrispondente della faccia. Il taglio sperimentale produce: dilatazione dei vasi sanguigni con aumento della temperatura della cute, restringimento della pupilla e della rima palpebrale, talvolta anche rientramento del bulbo. Nella paralisi clinica si osserva, talvolta, anzi che dilatazione, restringimento di vasi. Come sintoma del tutto incostante si presenta anche anidrosi nella metà corrispondente del viso.

Ma i sintomi simpatici, resisi evidenti nell'ipertiroidismo, sono da riferire effettivamente ad aumentato secreto tiroideo, o non piuttosto all'adrenalina, il cui aumento è stato dimostrato nella malattia basedowiana?

L'antagonismo dei sintomi principali nelle due malattie, Basedow e mixedema, antagonismo, che trova la sua naturale spiegazione nel contrasto netto della secrezione ghiandolare da una parte, e nel comportamento opposto del tono del simpatico dall'altra: la frequente assenza nel Basedow di una delle azioni più costanti e più essenziali dell'adrenalina, dell'aumento della pressione sanguigna: la mancata dimostrazione di una corrispondente diminuzione di adrenalina nel mixedema, tutto ciò costituisce tale un insieme da rendere inaccettabile la teoria, che considera i sintomi simpatici nel Basedow azioni adrenaliniche, attribuendo alla tiroide il puro ufficio di ghiandola sensibilizzatrice.

Nelle summentovate malattie tiroidee compaiono, quantunque in seconda linea, sintomi anche del sistema nervoso autonomo, sintomi, che soltanto in taluni individui, particolarmente dispostivi, dominano fin dal principio il quadro morboso.

In appoggio della partecipazione del sistema nervoso autonomo si cita l'influenza, attribuita alla iodotirina, sul sistema del vago, influenza sulla quale non si è raggiunto finora il pieno accordo, affermandosi da taluni abbassamento della pressione sanguigna, rallentamento dell'azione cardiaca, da altri elevamento di pressione, acceleramento del battito cardiaco. Una azione caratteristica di detta sostanza sull'apparato circolatorio di cani e conigli non è accertata; soltanto quello del gatto sembra influenzato in maniera tipica: polso lento del vago, abbassamento di pressione sanguigna; però l'uno e l'altro possono prodursi anche per eccitamento del centro del vago nella midolla allungata. Ulteriori investigazioni insegnarono che detti sintomi non sono azioni caratteristiche della iodotirina, ma provocabili anche per iniezione di sostanze albuminoidi iodate. L'esperimento sull'animale, adunque, non aiuta all'acquisto di una conoscenza certa, relativa alla influenza del secreto della ghiandola tiroide sul sistema del vago, come pure i reperti clinici non forniscono determinati risultati. Ma se nella malattia di Basedow non è evidentissima la compartecipazione del sistema nervoso autonomo, esistono, non pertanto, taluni sintomi, riferibili, probabilmente, ad eccitazione di detto sistema, quali: dilatazione della rima palpebrale, diarrea, alterazioni della respirazione fino alla dispnea, e fors'anche il sintoma di Graef.

Anche nell'atirosi si riscontrano sintomi, dai quali è lecito argomentare aumentato tono del sistema nervoso autonomo, e sono: pigrizia dei movimenti intestinali, leggiera azione della pilocarpina, che opera in modo speciale sul vago, aumentata azione dell'atropina sull'occhio di animali tiroidectomizzati.

Un'ultima osservazione. I sintomi, che sogliono accompagnare le malattie della ghiandola tiroide, pertinenti tanto alla parte simpatica che all'autonoma del sistema nervoso vegetativo, variano d'intensità nei diversi individui. Così nel Basedow, secondo la prevalenza dei sintomi del simpatico o del vago, si ha il tipo simpatico-tonico, o vago-tonico della malattia. Anche gli esperimenti sull'animale dimostrarono che da iniezioni endovenose

di iodotireoglobina è influenzato più fortemente ora l'uno ora l'altro dei due sistemi.

Fra le cause, valevoli a chiarire, presumibilmente, queste differenze individuali, poste in rilievo tanto dalla Patologia umana che dalla Esperimentazione sull'animale, tre appaiono meritevoli di considerazione e sono:

1° composizione del secreto. È possibile che differenze individuali minime esistano nella composizione chimica dei secreti ghiandolari;

2° tutta la costituzione del corpo; crasi sanguigna; stato generale del sistema nervoso, delle altre ghiandole sanguigne ecc., ecc.;

3° stato di eccitabilità momentanea del sistema del simpatico o del vago all'inizio della malattia o dell'esperimento.

Ed ora: quale l'etiologia del mixedema e del Basedow?

Quando la moderna Chirurgia rivolse il bisturi contro il gozzo per rimuovere una deformità ed un pericolo, e, moltiplicatesi le strumectomie, ne esaltò i brillanti risultati, essa non pensò alle conseguenze deleterie della così detta cachessia strumipriva, dovuta ad esportazione, insieme al gozzo, della tiroide. Della quale apparve fin d'allora tutta l'importanza biologica, se la sua ablazione provoca un insieme di sintomi somatici e psichici di tale gravezza da determinare in breve la morte per marasma. Impressionarono anche le molte analogie e la grande affinità della cachessia strumipriva con due note malattie in Patologia, acquisita l'una, il mixedema, congenita l'altra, il cretinismo, tanto da parere quasi naturale quel quadro morboso, artificialmente prodotto. E neppure sfuggì all'occhio sagace dell'osservatore, che il mixedema, nelle sue tre forme, acquisito, congenito, operatorio, presentava, come sustrato comune, una lesione della ghiandola tiroide con perturbamento funzionale di questa nel senso di ipotiroidismo, e, di conseguenza, con sottrazione all'organismo di sostanze necessarie per il suo equilibrio fisiologico. L'osservazione sperimentale, dapprima, che il trapianto della tiroide di un montone ad uno strumiprivo sostituiva fisiologicamente la tiroide esportata: i numerosi successi dell'opoterapia tiroidea, dappoi, valsero a ribadire il concetto, oggi universalmente accettato, che il mixedema, nelle varie sue forme, sia da riferire a deficiente attività secretoria, a iposecrezione della ghiandola tiroide.

Per l'inversità dei fenomeni, di fronte ai mixedematosi, rilevabili nel morbo di Basedow, si è posta finora a fondamento di questo ipersecrezione tiroidea. Ma basta essa a spiegare tutte le forme di morbo basedowiano?

Qualora si conduca dinnanzi agli occhi il quadro morboso di quei casi, i quali, non ostante la relativamente lieve ipertrofia della tiroide, decorrono con i più gravi sintomi tossici: ove si richiamino alla memoria quelle strume gigantesche, le quali, ad onta della loro estensione, mancano quasi del tutto dei caratteristici sintomi basedowiani: in considerazione anche del fallimento, nella maggior parte dei casi di questa malattia, dell'opoterapia, non potrà non riconoscersi che una alterazione non di sola quantità, ma anche di qualità del secreto tiroideo sia il sustrato del morbo di Basedow, specie se si consideri la parte — la maggiore e la più importante — rappresentatavi dal sistema nervoso, il quale reagisce all'intossicamento col quadro caratteristico, dianzi abbozzato, di neurosi diffusa. Si tratterebbe adunque — almeno in taluni casi di Basedow — di alterazione combinata (iper + dissecrezione).

Non ancora risoluta è la vecchia questione se la causa ultima della malattia debba riporsi nella ghiandola stessa, o al di fuori di essa. Non v'ha dubbio che in una serie di casi la ghiandola è direttamente attaccata, (Iodo-Basedow, Basedow in unione a malattie infettive). L'opinione che la causa dell'anomalia secretoria sia probabilmente da cercare in una malattia primitiva del simpatico o del suo territorio d'origine nel sistema nervoso è stata anche di recente rimessa in valore.

A tal proposito giova ricordare che tra le cause produttrici della malattia stanno in prima linea violente scosse emotive, specie dolorose. E l'emozione dolorosa non è in realtà che dolore psichico; e qui, come altrove, il dolore è il grido del sofferente elemento nervoso, una preghiera per la liberazione e per il riposo.

In modo speciale ne è esposto il sesso muliebre, originariamente meno resistente a traumi psichici. La circostanza del frequente sopravvenire della malattia in concomitanza della mestruazione e dopo il parto, quindi in periodi, in cui l'energia psichica è notevolmente abbassata, merita particolare rilievo.

Anche la terribile guerra, testè svoltasi, fra le tante tristezze, e i tanti orrori, rivelò lo scoppio non infrequente fra i soldati combattenti di fenomeni acuti di morbo di Basedow.

L'ansia del pericolo, il senso di responsabilità, gli stimoli eccessivi acustici, lo sforzo continuo di attenzione, il senso di dolorosa impressione alle grida dei morenti, alla visione di lagrime e di sangue, i prolungati ed eccessivi strapazzi corporei, e sopratutto il senso

di terrore allo scoppio di granate, specie in vicinanza delle trincee, sono altrettante cause, che concorrono a determinare una eccessiva tensione psichica con conseguente perturbamento funzionale della cellula tiroidea.

Questi fatti, anzi che ad origine simpatica, accennerebbero a probabile origine cerebrale della malattia. Traumi psichici possono agire, secondo la loro natura, sul sistema nervoso centrale, non attaccare primitivamente il sistema nervoso simpatico. E l'origine cerebrale della malattia basedowiana con alterazione secondaria della funzione secretoria interna della ghiandola tiroide, conta anche al presente non pochi fautori.

Ghiandole paratiroidi. — Le paratiroidi, situate in doppia coppia in vicinanza del lobo posteriore della tiroide, ma da questa, per rapporti anatomici e fisiologici, affatto indipendenti, hanno importanza massima per l'influenza grandissima, che esplicano sul sistema nervoso. Sul loro significato nell'economia animale, elementi di grande valore sono forniti da osservazioni sperimentali. Veramente le conseguenze della loro estirpazione variano secondo la specie e l'età dell'animale: però, nel maggior numero dei casi, a detta operazione segue comparsa d'intensi crampi muscolari, quali si trovano — e sono caratteristici — nel quadro morboso della tetania acuta. Talvolta la tetania è latente e si palesa con iper-eccitabilità dei nervi, talaltra è cronica e si accompagna con alterazioni trofiche.

Nell'uomo la comparsa della sindrome tetanica dopo estirpazione del gozzo è dovuta ad esportazione anche delle paratiroidi, come pure a lesione di queste sono riferite altre forme tetaniche, quali: l'infantile, della maternità. così pure quella di origine gastro-intestinale. Certo la concezione unica della patogenesi di questa malattia nelle sue varie forme è pienamente giustificata.

Ed ora si domanda: in quale intimo legame sta la manchevole funzione ghiandolare con la genesi della tetania? Si ammette, in generale, che dopo estirpazione delle paratiroidi si formi una tossina d'ignota origine, una tossina tetanica, la quale, a stato normale delle ghiandole, sarebbe da queste neutralizzata.

Sotto un nuovo aspetto è stata di recente presentata la dottrina della tetania. In questa si sarebbe potuto dimostrare, in una serie numerosa di casi, generale ipereccitabilità ed ipereccitazione del sistema nervoso, e non solo dei nervi motori, sensibili e sensori, ma anche — siccome risulterebbe da recenti osservazioni — del sistema nervoso vegetativo.

Quanto alla localizzazione dell'alterazione tetanica mentre da taluni non si vorrebbe esclusa la partecipazione dei centri nervosi superiori, specie del cervello e del cervelletto, da altri se ne trasporterebbe la sede nelle cellule gangliari del midollo spinale. Queste si troverebbero in uno stato di esagerata eccitabilità, la quale si comunicherebbe, nell'ulteriore decorso, ai nervi periferici. In base a questi dati si giunse ad affermare che le paratiroidi ottundono normalmente lo stato di eccitazione della cellula gangliare. E questo processo si produrrebbe forse — in correlazione alla funzione, attribuita alle paratiroidi, di regolare il metabolismo del calcio — per una azione promotrice dell'assimilazione di detta sostanza, ipotesi enunciata da Falta e Kahn ed avvalorata dal fatto della diminuzione di tutto il contenuto di calcio nell'organismo dopo estirpazione di dette ghiandole.

Di particolare rilievo sono gli stretti rapporti fra paratiroidi e midollo spinale.

È noto che di recente è stata messa in connessione la paralisi agitante con insufficienza di dette ghiandole. E la teoria della origine paratiroidea della malattia appare autorizzata alla luce della suenunciata ipotesi.

Non appena l'azione ottundente dell'ormone delle paratiroidi sulle cellule gangliari venisse a mancare, si farebbero queste sovraeccitabili e trasmetterebbero la loro ipertonia al sistema nervoso periferico. Primi e prevalentemente attaccati sarebbero i nervi motori, i quali, per il loro tono elevato, opererebbero l'anomala tensione della muscolatura: quindi il sistema nervoso vegetativo nella sua parte simpatica, la cui aumentata eccitabilità condizionerebbe le onde di calore, spesso intense, e l'aumentata secrezione di sudore; e finalmente fors'anche i nervi sensibili, dall'aumentata tensione dei quali originerebbero i non raramente osservati dolori delle estremità. Peraltro, pur comprendendosi il premuroso sforzo, vuoi per la mancante unità del reperto anatomo-patologico, vuoi per la natura manifestamente organica della malattia di localizzare il processo morboso, anche questa teoria, per quanto ingegnosa, deve porsi nel novero delle ipotesi, mancanti di ogni valore dimostrativo.

Ad insufficienza delle paratiroidi sono state riferite — pure ipoteticamente — la miotonia, la mioclonia, la miastenia grave pseudoparalitica.

Ma, a spiegare l'origine di questi quadri morbosi, non che della tetania nelle sue varie manifestazioni, e della paralisi agitante, non sarebbe più pratico, anzichè perdersi in isterili speculazioni — in base alle investigazioni

di Abderhalden e seguendo la via da questi tracciata — ricercare nel sangue non solo, ma anche nel liquido cefalo-rachidiano elementi, ad essi estranei, conseguenza forse di dissecrezione delle paratiroidi?

Capsule surrenali. — Le capsule surrenali, per l'importanza della loro funzione, per l'intimo legame con il sistema nervoso, specie col simpatico, offrono singolare interesse.

Non chiaro è il nesso fra cervello e questi organi a secrezione interna, dei quali è accertata ipoplasia in molti casi di congenite deformità cerebrali, specie nell'emi- e anencefalia. Osservazione, corretta di recente nel senso, che esiste soltanto aplasia di corteccia, mentre all'opposto iperplastico è il midollo.

In condizioni normali, durante la vita fetale, avrebbe luogo, nella parte corticale della capsula, accumulo di sostanza lipoide, della quale, dopo la nascita, collo sviluppo del cervello incomincierebbe la distruzione, che, progredendo lentamente, si completerebbe durante i primi anni di vita. Nell'emincefalo e nell'anencefalo non avverrebbe questo accumulo di lipoidi: donde aplasia corticale. Invece la cresciuta attività funzionale del simpatico, per fatto del vizio cerebrale, varrebbe a promuovere uno sviluppo maggiore del sistema cellulare cromaffine: donde, iperplasia midollare. Di tal guisa si è cercato di spiegare la duplice lesione capsulare — arresto di sviluppo da una parte, esuberante produzione dall'altra — riscontrata in talune deformità congenite del cervello.

L'estirpazione sperimentale di queste ghiandole sanguigne produce nell'animale, oltre vari altri sintomi caratteristici, profonda apatia. Se questa debba riferirsi alla mancante funzione secretoria interna, ovvero all'intervento operatorio, non può asserirsi con certezza. Gravi sintomi cerebrali — delirio, crampi, sindrome depressiva — si riscontrano anche nella malattia di Addison, sintomi, dovuti più, forse, all'esaurimento generale, cagionato dalla malattia, che non alla distruzione della sostanza ghiandolare. Aumento di adrenalina nel sangue è stato osservato pure in seguito a forti e reiterate emozioni.

Più chiari ed anche più saldi appaiono i rapporti fra sistema nervoso simpatico e capsule surrenali.

La sostanza midollare di queste, la sola da prendersi qui in considerazione, si compone — riassumendo brevemente — di un tessuto di trabecole cellulari rotonde ricco di vasi e nervi, e di coroni, le cui cellule posseggono un'affinità specifica per i sali di cromo. Le cellule bruno-cromiche, racchiuse nel midollo, non costituiscono la parte principale e fondamentale del grande sistema adrenalico di tanta importanza per l'organismo, trovandosi, ovunque esistono fibre e cellule simpatiche, gli stessi elementi cellulari. Indubbiamente le parti libere di esso superano in quantità quelle, capaci di funzione, contenute nelle capsule surrenali. È noto che il sistema cromaffine origina da un sustrato comune con i gangli simpatici. Questo fatto, avvalorato dall'osservazione che, durante la vita post-fetale, l'adrenalina influenza soltanto i tessuti, innervati dal simpatico, azione del tutto identica a quella, provocata da eccitamento elettrico del simpatico del corrispondente tessuto, rivela la stretta parentela, l'intimo nesso fra i due sistemi, adrenalinico e simpatico.

Nettissima è l'influenza, che svolge sull'apparato circolatorio e su tutti gli organi, innervati dal sistema nervoso vegetativo il principio attivo delle capsule surrenali, l'adrenalina.

Duplice è l'azione di questa sostanza sull'apparecchio circolatorio: l'una sul cuore, di cui accresce l'energia di contrazione ed accelera il ritmo, riferibile ad eccitamento dei nervi acceleratori cardiaci, ed esplicantesi nella sua pienezza tosto che siansi paralizzate, per mezzo dell'atropina, le fibre moderatrici del vago; l'altra sui vasi periferici, specie sulle piccole arterie — vaso-costrittrice e, di conseguenza, ipertensiva — non per azione diretta sulla tunica muscolare, sibbene per eccitamento delle terminazioni, che vi pervengono, del simpatico. Il principio vaso-costrittore, contenuto nell'adrenalina, fa di questa sostanza il più potente degli emostatici e degli astringenti, e — per le numerose e importanti applicazioni pratiche nelle varie branche della Chirurgia — uno dei più preziosi acquisti della moderna terapia.

In maniera manifestamente inibitoria agisce invece l'adrenalina sul tubo digerente. I movimenti spontanei dello stomaco, la peristalsi intestinale tacciono; flaccida è la muscolatura di tutto il tubo gastro-enterico.

Varia nelle diverse classi degli animali, come varia ne è l'innervazione, ma, in generale, anch'essa inibitoria e identica a quella del simpatico, appare l'influenza, che esercita sulla vescica urinaria detta sostanza.

La quale opera potentemente anche sulla muscolatura dell'utero specie dell'utero gestante, ponendola in altissimo grado di contrazione. A questa azione si è rivolta speciale attenzione ed annessa particolare importanza per il significato pratico nella terapia ostetrica.

Caratteristico è il quadro, che presenta l'occhio di un animale, sottoposto ad iniezione endovenosa di adrenalina; retrazione della mem-

brana nittitante, apertura della rima palpebrale, protrusione del bulbo, dilatazione della pupilla ne sono i sintomi, gli stessi, provocati da eccitamento elettrico del simpatico cervicale.

Non meno evidenti, profondi e del massimo valore sono le modificazioni, apportate al ricambio materiale dal secreto delle capsule surrenali. Si osserva: aumento notevole dei processi disintegrativi a carico dei grassi e delle sostanze proteiche, non che accelerato ricambio delle sostanze saline. La potente azione modificatrice sul ricambio degli idrati di carbonio è messa in piena luce dalla glicosuria adrenalinica. La quale presenta grandissime analogie — rivelatesi fin dalla sua scoperta — con la glicosuria, ottenuta sperimentalmente da Claudio Bernard mediante puntura del pavimento del quarto ventricolo. Manifestazioni entrambe di perturbata funzione del simpatico, si differenziano soltanto per ciò, che l'adrenalina opera per eccitazione periferica, la puntura per eccitazione centrale di detto nervo.

Presi in considerazione i risultati clinici e sperimentali, dai quali emerge distintissima la stretta dipendenza del simpatico dalle capsule surrenali, si è forse autorizzati ad accedere all'opinione, oggidì prevalente, che l'adrenalina, quale regolatrice del tono del simpatico, rappresenti un ormone, necessario per il normale funzionamento di esso.

Mantenere a normale e durevole altezza il tono del simpatico, ecco adunque la importante funzione a compiersi dalle capsule surrenali.

(*Continua*).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI BERGAMO.
SERVIZIO DEL PRIMARIO DOTT. CAV. UFF. F. LUSSANA

Ileo da calcoli biliari

per il dott. GIUSEPPE PANSERA, aiuto.

Sono varie le forme di occlusione intestinale come varia è la causa che la determina: fra esse, l'ileo da calcoli biliari, benchè studiato e conosciuto, è assai raro in confronto a quello da altre cause. Per questa sua rarità e per richiamare quindi l'attenzione sulla possibilità di tale forma, benchè la diagnosi di certezza sia assai difficile, e nella maggior parte dei casi sia stata fatta solo al tavolo operatorio o anatomico, non mi è sembrato privo di interesse riferire la storia dell'ammalata che capitò sotto la mia osservazione.

L'ileo da calcoli biliari fu osservato la prima volta da Bartholin nel 1654. Da allora i casi descritti sono piuttosto rari tanto che Wagner nel 1914 complessivamente ne raccolse 334; di essi, 161 furono sottoposti ad operazione con una mortalità del 62 % dei 173 non operati, 93 guarirono per emissione spontanea del calcolo, e 80 morirono non essendosi risolta l'occlusione (1). Dopo la pubblicazione di Wagner gli autori ne raccolsero solo una trentina: nella maggior parte trattavasi di donne e per lo più non vi erano stati precedentemente segni netti di calcolosi biliare. V'è discordia fra i vari studiosi circa la frequenza relativa di questo tipo di occlusione intestinale, da 1:15 (Fritz) a 1:28 (Gibson). Nelle statistiche di diversi chirurghi l'ileo da calcoli biliari figura in numero assai limitato o non se ne fa alcun cenno. M. Léo ne presentò un sol caso nel 1913 alla Società Chirurgica di Parigi (2).

STORIA CLINICA.

R. A., d'anni 64, maritata, casalinga, da Caprino Bergamasco. Ricoverata in Sezione Medica I, il 7 febbraio u. s., con diagnosi di tumore.

Pochi dati si hanno sull'anamnesi remota, poichè l'ammalata dice di essere sempre stata bene sino all'inizio dell'attuale malattia. Ebbe otto gravidanze normali. Menopausa iniziatasi da parecchi anni.

La presente malattia cominciò nel settembre scorso con dolori alla regione epigastrica e leggero stato febbrile. Venne curata per gastrite. Da allora i disturbi, con qualche lieve remissione ed esacerbazione si mantennero invariati fino a poco tempo fa.

L'ammalata non potendosi nutrire andava fin dall'inizio progressivamente deperendo.

(1) *Morgagni*, parte II, Riviste, 22 ott. 1916.
(2) *La Presse Médicale*, n. 20, 1913.

Non ebbe mai ittero, non vomito, alvo piuttosto stitico, non mai sangue nelle feci. Da una quindicina di giorni i dolori si sono intensificati e diffusi a tutto l'addome con borborigmi quasi continui. Da sette giorni è insorto vomito alimentare. Ha scarsa emissione di gas, alvo quasi completamente chiuso.

Esame obbiettivo. — L'ammalata appare in grave stato di intossicazione, ha aspetto sofferentissimo, è in condizioni generali di nutrizione assai scadente. Si lamenta continuamente di dolori di ventre. Perdita involontaria delle orine. Polso filiforme frequente (120). Temperatura massima 37°.2. Lingua patinosa asciutta. Urina acida. D. 1018. Albume assente. Indacano presente.

Nulla si rileva a carico dei polmoni.

Sul cuore toni netti, ma debolissimi e frequenti.

L'addome è tumido e meteorico. Edema diffuso sulle pareti. Dolentissimo alla palpazione. V'è guazzamento alla regione epigastrica. Nella regione sottombelicale si palpa di tanto in tanto una massa dura, diretta in senso trasversale, che dà l'impressione di un'ansa intestinale che si contrae. Nello stesso tempo si ascoltano numerosi borborigmi. Negativa l'esplorazione rettale.

Colla sonda gastrica si estraggono circa 1000 cmc. di liquido giallastro fetido, fecaloide, areazione alcalina, commisto a elminti.

All'insufflazione lo stomaco arriva colla sua grande curvatura due dita trasverse sotto l'ombelico.

Durante la degenza (tre giorni) non ebbe scariche, nè emissione di gas, non ostante la somministrazione di clisteri. Vomito frequente.

Il chirurgo chiamato a visitare l'ammalata subito dopo il suo ingresso in ospedale, dato lo stato gravissimo nel quale versava, non credette di intervenire. Solo più tardi, poichè la paziente non poteva in alcun modo scaricarsi e vuotava, per così dire, l'intestino nello stomaco, dietro sollecitazioni da parte del Primario di sala, si decise a praticare, senza narcosi, un ano iliaco di Nélaton. Attraverso la piccola breccia laparatomica, al quadrante inferiore destro, le anse del tenue apparvero assai congeste: alla parete venne fissato un tratto di ansa dilatata, cui ne faceva seguito più in basso un'altra piccola e retratta.

L'ammalata morì nella notte del 10 febbraio.

All'autopsia nulla si rileva a carico del cervello e degli organi toracici. Nella cavità addominale si osserva: l'omento retratto e fissato col margine destro al bordo anteriore del fegato, le prime anse del tenue dilatate, l'ultimo tratto dell'ileo piccolo e retratto, il duodeno, nella sua seconda porzione, aderente alla faccia inferiore del fegato in corrispondenza della vescichetta biliare la quale è ridotta alla sola parete posteriore che si continua colla parete del duodeno aderente formando un'unica cavità. L'iato di Winslow è pervio.

All'unione del terzo medio col terzo inferiore dell'ileo si avvertono nel lume intestinale, a breve distanza fra di loro due corpi duri, sui quali le pareti intestinali sono contratte; aperta l'ansa si estraggono due calcoli, distanti fra loro circa dieci centimetri, di colorito bruno-giallastro, a pareti faccettate, di cui il più basso pesa gr. 20, ha un diametro longitudinale di 12 centimetri, trasversale di 10, l'altro, del peso di gr. 10 di volume un po' minore. Il calcolo maggiore occupando completamente il lume intestinale determinava i fatti dell'occlusione acuta. Nulla a carico degli altri organi addominali.

La diagnosi di ileo da calcoli biliari, sempre difficile *intra vitam*, come ho già ricordato, era quasi impossibile nel mio caso e per le gravissime condizioni nelle quali versava l'ammalata al suo ingresso in Ospedale così da sconsigliare al chirurgo un immediato intervento, e per la incompletezza e scarsità dei dati anamnestici. È strano però come l'ammalata e i parenti mi assicurassero che prima del settembre scorso non avesse mai avuto sofferenze, mentre l'esito del processo infiammatorio, riscontrato all'autopsia, denotava che l'affezione datava da parecchio tempo e il dolore doveva essere stato continuo e assai intenso, e la faccettatura dei due calcoli indicava che altri vi dovevano essere stati, probabilmente eliminati colle feci.

I due calcoli estratti dal lume intestinale, essendo troppo grossi per passare attraverso le vie biliari naturali, hanno provocato un processo infiammatorio sino a che una peritonite localizzata ha dato luogo ad aderenze della cistifellea col duodeno. La pressione continua, esercitata dai calcoli, ha determinato la perforazione nel duodeno stesso. I calcoli spinti dalla peristalsi intestinale sono discesi sino all'ileo e il loro arresto deve essere qui avvenuto, come capita solitamente, non solo per il loro volume, ma per lo spasmo determinato nelle fibre circolari della parete muscolare del viscere, e per il fatto che l'intestino tenue va decrescendo di diametro di mano in mano che si avvicina alla sua estremità distale.

La colicisto-duodenostomia naturale è l'esito più frequente per il passaggio di grossi calcoli dal fegato all'intestino: qualche volta però il calcolo produce una dilatazione del canale cistico e coledoco tale che la cavità della cistifellea pare, senza restrizioni, continuarsi fino nella cavità intestinale.

Interessante infine, nel caso riferito, che il calcolo biliare grosso sia stato accompagnato nella sua discesa da altro di minor volume, ma sufficiente per sè a causare l'ostruzione: il che deve indurre il chirurgo trovandosi di fronte ad un calcolo che ostruisce l'intestino alla ricerca di altri eventuali perchè non accada che l'occlusione si ripeta più tardi, per altro calcolo preesistente, così da rendersi necessaria una nuova operazione.

Febbraio 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sul valore dello starnuto negli accertamenti medico-legali di affezioni dolorose.

Dott. A. SENIGAGLIA
medico delle Ferrovie dello Stato.

Uno degli atti riflessi che malamente si imita colla volontà e sul quale la volontà ha soltanto una modesta azione moderatrice è lo starnuto; consistente in uno o ripetuti colpi espiratori improvvisi e rumorosi attraverso le vie nasali — a coane ristrette per sollevamento del palato molle — preceduti da inspirazione profonda.

Lo starnuto, data la sua qualità di atto riflesso pressochè genuino, riesce di prezioso ausilio al medico fiscale nella diuturna sua difesa contro la simulazione e l'esagerazione rivelandogli l'esistenza di un'affezione dolorosa a prescindere dalla volontà dell'interessato; tanto più prezioso in quanto è facilmente provocabile, a volontà dell'esperimentatore, con banali artificii (vellicamento della mucosa nasale, fiuto di tabacco, ecc.).

Benchè lo starnuto sia stato — a mia notizia — assai scarsamente sfruttato in tal senso (è stato notato soltanto dal Dejerine il dolore che si suscita sotto lo starnuto nelle radicoliti), vasto ne è invece il compito rivelatore nel campo delle svariate affezioni dolorose del corpo.

I. — Anzitutto lo starnuto per la sua normale e indolora effettuazione, ha bisogno della integrità dei mezzi della meccanica respiratoria.

Quindi, laddove esistano alterazioni dolorose (traumatiche, flogistiche, ecc.), sia della cassa toracica, sia dei muscoli, in- ed espiratorî, sia dei nervi relativi, lo starnuto implica e suscita dolore.

Il dolore per lo più insorge durante lo svolgersi dell'atto starnutatorio, specie durante la fase inspiratoria.

È ovvio che in simili circostanze, più o meno dolorosi si manifestino pure gli altri movimenti respiratori sia quelli ordinari specie se esagerati, sia quelli speciali, quali la tosse, il pianto, il riso, il singhiozzo, lo sbadiglio; ma lo starnuto riesce più chiaramente rivelatore e si presta di più all'esperimento in confronto degli altri menzionati movimenti dell'apparato respiratorio, perchè quasi completamente sottratto all'influenza della volontà dell'esaminando, perchè implicante maggiore energia ed ampiezza di movimento, perchè con agevolezza provocabile, anche ripetutamente, da parte dell'esaminatore.

Ma vi ha di più, in favore della superiorità dello starnuto.

Infatti, se il dolore suscitato sia assai violento, si osserva che ne risulta bruscamente interrotto l'atto starnutatorio già iniziatosi. Il paziente, in simili casi, sotto lo stimolo starnutatorio, inizia manifestamente la profonda inspirazione ed atteggia allo starnuto le vie nasali e la fisonomia; ma repentinamente, ad un certo momento della fase inspiratoria o all'acme di essa, è vinto dal dolore, e come atteggia bruscamente a questo la propria mimica, così interrompe bruscamente l'ulteriore movimento respiratorio, sì che lo starnuto abortisce.

Il fenomeno «della interruzione» persiste costante anche in consecutive provocazioni del riflesso. Esso avviene in modo così spontaneo, così brusco e così caratteristico, per momento d'insorgenza, per mimica, ecc., da esser facilmente e sicuramente colto dall'osservatore e da non poter prestarsi agevolmente nelle sue particolarità alla simulazione dell'interessato; il quale d'altronde sotto svariati e insistenti stimoli non potrebbe, anche se edotto e volitivo, raffrenare costantemente lo starnuto, e prima o poi si tradirebbe. Un tal fenomeno ha quindi valore probatorio dell'esistenza di un'affezione acutamente dolorosa, anco se tacita all'esame semeiotico (come per es. avviene nelle mialgie, nevralgie, ecc.); e per contro uno starnuto che si effettui in modo normale — e tantopiù senza che venga accusato dolore — fa escludere un'affezione, alla cui esistenza sia necessariamente legata quella del dolore.

[Lo scrivente ricorda di avere alcuni anni fa visitato un cantoniere avventizio delle ferrovie dello Stato certo P. L., che a seguito di un brusco sforzo eseguito nel sollevare una traversa, accusava di aver riportata la frattura della V costola destra sulla linea mamillare.

All'esame obiettivo si percepiva una tumefazione nella sede indicata, dichiarata dolente; come pure erano dichiarate dolenti la tosse, la profonda inspirazione, ecc.

I caratteri obiettivi della lesione erano tali da indurre alcuni medici ad accettare la diagnosi dell'interessato; e di ciò esso si valse per citare poi in giudizio l'amministrazione ferroviaria. Eppure in tal caso lo starnuto che fu provocato nell'infortunato si effettuava così normalmente, da fare escludere assolutamente una frattura di recente prodottasi. Lo scrivente sospettò pertanto una pretestazione, sulla sede di una antica frattura; e la radiografia e le visite seguenti e l'ulteriore andamento della causa gli dettero piena ragione].

II. — Poichè l'atto dello starnutire comporta variazioni di volume e di pressione e movimenti passivi di organi endotoracici, ne consegue che anche per affezioni dolorose di questi,

riesce un tale atto doloroso. E anche in simili circostanze si può avverare l'interruzione del riflesso, come per le affezioni dolorose esistenti nella parete toracica; e sussistono le stesse deduzioni già svolte. Uno starnuto che si effettua in modo normale e indoloro nega l'esistenza di un'affezione endotoracica necessariamente accompagnata da dolore; uno starnuto fortemente doloroso, o meglio «l'interruzione dello starnuto», indicano l'esistenza di un'affezione dolorosa anco se non se ne colgano sintomi semeiologici (pleurodinia, ecc.).

[Così in alcuni casi di pleurite essudativa, all'inizio, allorchè esisteva solo un forte dolore toracico e tacevano i segni dell'essudato (di poi fattisi radiologicamente e semeiologicamente evidenti) fu colto dallo scrivente nel solito modo caratteristico il segno della interruzione dello starnuto].

III. — Ma anche i visceri addominali, attraverso l'escursione diaframmatica, la contrazione muscolare della parete addominale, ecc., sono durante lo starnuto e per effetto di esso, sottoposti a spostamento, stiramento, variazione grande di pressione, ecc.; quindi anche nel caso di affezioni dolorose nel campo addominale, lo starnuto riesce doloroso.

Senonchè qui sussistono di solito sintomi obiettivi manifesti dell'affezione dolorosa, che rendono superfluo l'accertamento mediante altri accorgimenti; è d'altronde potrebbe riuscire pericoloso e nocivo il provocare lo starnuto, ove esistano per esempio aderenze peritoneali che rappresentano una difesa, ecc.

IV. — Infine, lo starnuto imprimendo movimenti di contraccolpo nelle varie parti del corpo, e facendo risentire in esse anco le violente variazioni della pressione intratoracica e intraddominale, e della pressione venosa e arteriosa, riesce doloroso anche in affezioni dolorose di svariate sedi periferiche. Così oltrechè nelle radicoliti (segno del Dejerine) o nella sciatica, lo starnuto provoca od esacerba il dolore anche nelle affezioni dolorose della colonna vertebrale, dei muscoli del collo e del tronco (segnatamente in alcune lombaggini), e dell'apparato locomotore periferico (artriti, ecc.).

Anche alcune cefalee e dolori oculari e auricolari, subiscono esacerbazione, sotto lo starnuto.

In simili casi, a differenza che nei precedenti, il dolore anzichè destarsi durante l'atto dello starnuto, si manifesta sul finire di esso o subito dopo di esso; solo eccezionalmente ha luogo il fenomeno già descritto, della interruzione dello starnuto.

Roma, 25 febbraio 1921.

IGIENE.

La profilassi post-bellica della rabbia

pel dott. V. E. OVAZZA.

Gli esperti in scienze agrarie nella recente discussione sull'aumento del prezzo del pane, rimettendo a nudo la piaga della nutrizione degli animali con grano, granturco e loro derivati tornarono alla carica con la proposta di un prezzo politico basso pei cereali, che servono agli animali.

Se con ciò si lasciava una disponibilità maggiore di grano e talora di legumi all'uomo, finanziariamente non si proponeva che uno spostamento di voci nella parte passiva del bilancio nazionale. Ad ogni modo il cereale che prendeva tale via anormale attraverso animali utili e necessari: bovini, suini, pollami, ecc. veniva almeno restituito in carne.

Non si è invece pensato ad altre specie di animali molto meno utile: ai cani, dei quali pel mantenimento, per le varie cure e pei possibili danni si ha una passività assoluta tale da obbligarci a limitarne il numero.

Recentemente l'Abba riferì che solo in Torino nel 1921 i detentori di cani, rintracciati dall'Ufficio tasse, ammontano a 11494: ad un numero cioè quasi doppio rispetto agli anni precedenti a quello in cui con decreto-legge le tasse furono aumentate e senza esclusione alcuna.

Tale numero aumentato io ritengo dovuto al necessario maggior rigore ed alla maggiore estensione nell'applicazione della tassa. Il fatto cospicuo però è, come ben rileva l'Abba, che se i contribuenti cinofili prima in Torino conferivano un introito di annue 15,000 lire ed ora lo fanno salire a 400,000, in realtà la popolazione umana è defraudata di almeno 4 milioni di lire.

Infatti, calcolando con una bassa cifra di una lira il prezzo medio giornaliero di tutte le necessità *dovute* ad ogni cane, in Torino si spende per essi circa 12,000 lire al giorno.

A Roma i detentori di cani risultavano all'Ufficio tasse 4035 nel 1919, 5127 nel 1920, pel 1921 ne sono iscritti 7145 con un beneficio preventivato pel Comune di appena 200,000 lire (essendo essi divisi in tre classi).

Analoghi dati ufficiali potrei riferire per altre città. È bene invece riflettere che il numero dei cani esistenti dev'essere ben maggiore. Consultando infatti i registri del canile municipale, ad esempio, di Roma trovo che vennero accalappiati 4449 cani incustoditi nel 1919, 3348 nel 1920. Da mie indagini dirette inoltre

nell'Agro Romano, che fa parte del Comune e dove la vigilanza igienica e la polizia rurale è ben imperfetta, la popolazione canina è almeno uguale a quella della città. Onde pel Comune di Roma non si è lontani da una cifra di 20,000 lire al giorno che va in bocca e serve pel fedele amico dell'uomo. Dico la bellezza di ben 7 milioni di lire all'anno.

Pensatamente però ho considerato la cifra globale presumibile dei cani, poi che se leggi e regolamenti si occupano a preferenza dei cani randagi quali più frequenti propagatori della rabbia, devesi combattere il diffuso pregiudizio che il cane sia innocuo solo perchè in istrada gli si mette la museruola — che la moda ora limita ad un semplice cingolo sopranasale. Quell'apparecchio non impedisce che il cane senza guinzaglio venga morsicato e, diventato a sua volta idrofobo, morsichi a suo tempo, ad esempio in casa, quando gli si toglie ogni impaccio.

Ora dopo la guerra è risultato un notevole aumento nel numero degli individui affetti da idrofobia.

La necessità allora di una forte limitazione della popolazione canina s'impone non solo per l'incongrua ed elevata spesa che essa importa, quanto per profilassi antirabica.

Il fenomeno purtroppo è generalizzato; malgrado la mancanza di dati statistici al riguardo, poichè essi dovrebbero essere di una lunga serie di anni e di parecchie regioni, non credo che il fatto possa attribuirsi ad una recrudescenza ciclica. Esso è piuttosto riferibile, almeno in gran parte, al rilasciamento dell'osservanza dei regolamenti durante la guerra.

Intanto in Inghilterra, ove la rabbia prima si poteva dire ignota, essa fu diffusa da cagnolini importati da aviatori. In Francia il solo Istituto Pasteur nell'anno scorso ha curato pel dipartimento della Senna quasi 2000 individui contro una media di poco più di 300 fino a pochi anni fa. Per l'Italia basti accennare al lavoro eseguito dall'Istituto antirabico di Roma, in cui nel 1920 si sono curate circa 700 persone e si sono avuti non meno di altri 300 consulti per morsicature di cani non rabbiosi. In considerazione che fra prezzo delle vaccinazioni, spese di trasporto, spese di Ospedalità e perdita di giornate di lavoro (a L. 20 giornaliere) una cura antirabica (che dura per lo più 25 giorni), può esser valutata a 700-800 lire per le persone adulte che vengono di fuori, risalta quale grande passività rappresentino per la Nazione le molte migliaia di cure antirabiche che annualmente si fanno in Italia.

Se si vuole ancora approfondire l'esame, il danno economico torna sempre più grande. Basta che accenni solo più a tutti i capi bovini, suini ed ovini, che diuturnamente nelle nostre campagne si perdono, perchè raggiunti da cani rabbiosi.

I rimedi urgono.

Per la parte economica l'Abba, partendo dal voto del Congresso Piemontese d'igiene del 1917, propone una notevole elevazione delle tasse relative. Egli spererebbe che ciò serva, più che a trattenere l'aumento del numero dei cani, a compensare piuttosto lo spreco richiesto dal loro mantenimento.

Pur non dimenticando che quanto più le tasse sono elevate, tanto più si cerca di sottrarvisi, tuttavia la proposta dell'Abba non solo è accettabile, ma di pressante effettuazione; poichè l'aumento attuale della tassa in parola è disciplinato da un decreto-legge che lo limita a sei mesi dopo la pace.

Di più io ritengo ciò come semplice programma minimo. L'imposta deve essere progressiva. Se vi è chi ha tanta esuberanza di affetto da tenere, per esempio, tre cani, egli non deve pagare una tassa tripla, ma almeno una quintupla. Aggiungo che pei cani da guardia, i soli da ritenersi utili, e per cui le tasse restano minori, debbansi rigidamente osservare le tassative disposizioni sulla speciale razza e sul servizio che effettivamente rendono. Non insisto sulla indiscutibile necessità di esenzione pei cani dei ciechi, dei mutilati, ecc., ma ritengo che quelli da caccia pei nove decimi rappresentano un lusso.

Per la parte profilattica gli art. 155 e seg. del vigente regol. Sanit. — 3 febbraio 1901 — provvedono ottimamente agli animali affetti o sospetti di rabbia; i regolamenti locali in genere, quelli per la tassa sui cani, le ordinanze di varie grandi città sono sufficienti. È il ripristinarsi e l'intensificarsi della loro completa applicazione che sono necessarie ed urgenti. Devono scomparire lo sconcio post-bellico ed il danno attuale che nelle città grandi [illegible]le, nei suburbi e nelle campagne circolino inutili cani.

Insisto sui provvedimenti non limitati entro le mura delle grandi città. Quindi le squadre degli accalappiacani debbono estendersi anche alle campagne, e i piccoli Comuni potrebbero averne una in consorzio, non essendovi discontinuità di sorveglianza tra l'uno e l'altra. Per le grandi città, oltre i 500,000 abitanti, a far scomparire cani liberi nei siti più frequentati occorrono quattro squadre. Infine tali funzioni di vero calmiere dei cani devono essere esclusivamente riservate agli incaricati comunali:

l'iniziativa privata è di dubbia utilità. Non è raro che l'aiuto di Società per la protezione degli animali, pur benemerite sotto altri aspetti, si dimostrino in tali servizi ben poco protettrici dell'uomo. Infatti quando i loro agenti catturano cani randagi non possono che in breve sopprimerli ed allora agli Istituti antirabici vengono a mancare, coll'ulteriore osservazione — come invece si può ottenere nei canili comunali — gli elementi per l'eventuale diagnosi di rabbia.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La reazione di Schick.

(DELILLE e MARIE. *La Presse Médicale*, 15 gennaio 1921).

L'intradermo-reazione con la tossina difterica immaginata nel 1913 da Schick permette di stabilire in modo semplice e sicuro se un dato soggetto è recettivo o non per la difterite.

Se da un certo punto di vista questa reazione si può paragonare con la intradermo-reazione alla tubercolina, le indicazioni che queste due reazioni forniscono sono differenti per valore e significato: mentre una reazione tubercolinica positiva mostra che il soggetto è colpito da un processo tubercolare, la reazione di Schick positiva indica solo la recettività per la difterite.

La primitiva tecnica ideata dallo Schick è stata perfezionata successivamente dai suoi allievi e poi da Park e Zingher che hanno stabilito una tecnica che può considerarsi ormai come definitiva.

Per praticare la reazione occorre anzitutto possedere una tossina difterica preparata da almeno un anno, sì che sia bene stabilizzata ed esattamente titolata.

Essa viene diluita con soluzione fisiologica in modo che in 1-2 decimi di soluzione si contenga 1/50 della dose minima mortale per una cavia di gr. 250.

Una parte di essa si riscalda a bagno-maria a 75° per cinque minuti ed essa servirà per l'iniezione controllo. La siringa per praticare l'iniezione deve essere esattamente graduata in decimi di cc. e munita di aghi fini, corti e bene pungenti.

L'iniezione si fa nel derma della faccia anteriore e al terzo superiore dell'avambraccio.

Se l'iniezione intradermica è bene riuscita si vede una piccola papula decolorata della grandezza di una lenticchia.

L'iniezione di tossina non riscaldata si pratica all'avambraccio destro, mentre il controllo con la tossina riscaldata a 75° si fa all'avambraccio sinistro.

Questo controllo permette di svelare le pseudo-reazioni dovute alle proteine dei corpi batterici autolizzati nella tossina e che talora nell'adulto falserebbero i risultati forniti dalla reazione.

La reazione positiva appare sul braccio destro dopo 24-48 ore e raggiunge il massimo della sua intensità dopo 72 ore; persiste per 6-7 giorni.

Essa è caratterizzata da una zona di arrossamento di 1-2 cm. di diametro con leggera infiltrazione dei tessuti, da formare una rilevatezza papuloide.

Col diminuire del rossore si ha in corrispondenza della zona infiltrata una leggera desquamazione e una pigmentazione brunastra della pelle, pigmentazione che può persistere più settimane.

Nella maggior parte dei casi, il braccio sin. resta normale: se appare una falsa reazione essa è caratterizzata da un rossore che raggiunge il massimo in 24 ore, scompare rapidamente dopo 48 ore: la zona di arrossamento è più diffusa e meno nettamente circoscritta.

Per interpretare la reazione di Schick bisogna comparare i risultati ottenuti ai due bracci:

1° Se la reazione manca assolutamente al braccio sin. (tossina riscaldata) e appare al braccio destro (tossina non riscaldata) la reazione è positiva anche se leggera.

2° Se sui due bracci appare rapidamente una reazione che dopo due o tre giorni scompare senza desquamazione e pigmentazione, si tratta di una pseudo-reazione dovuta ad una ipersensibilità per le albumine dei corpi batterici presenti sia nella tossina non riscaldata, come nella tossina riscaldata.

3° Se al braccio sin. si ha una reazione rapida che scompare quasi completamente in 3 giorni, mentre al braccio destro la reazione aumenta sino al 3° giorno, la reazione si può dire positiva.

4° Se non si ha alcuna reazione, nè al braccio destro nè al braccio sinistro, la reazione è negativa e il soggetto ha l'immunità rispetto alla difterite.

Le ricerche praticate da Park e Zingher su molte migliaia di fanciulli e quelle fatte dagli autori hanno messo in evidenza il fatto che solo il 33 % dei fanciulli durante gli anni del periodo scolastico, presenta una reazione positiva, gli altri l'immunità che aumenta con l'avanzare degli anni.

Inoltre nei fanciulli di una stessa famiglia la reazione ha quasi sempre lo stesso segno: positiva o negativa.

E se la maggior parte dei portatori di germi sani, hanno una reazione di Schick negativa, numerosi altri portatori sani posseggono una forte reazione positiva.

Questa semplice constatazione mostra l'importanza della reazione di Schick per la profilassi della difterite negli alunni delle scuole, nei brefotrofi, tra i militari, nei padiglioni degli ospedali. La reazione di Schick ci indica il numero degli immunizzati, nei quali è inutile iniettare in epoca d'epidemia il siero antidifterico realizzando così una grande economia ed evitando di provocare inutili fenomeni di anafilassi a un gran numero di individui.

Inoltre la reazione di Schick può servire alla diagnosi differenziale in quelle manifestazioni in cui può sorgere il sospetto della difterite: riniti e congiuntiviti.

In questi casi se una reazione positiva non dice nulla, una negativa prova che la malattia in questione non è di natura difterica e si può risparmiare la sieroterapia.

Dai lavori degli autori si possono trarre le seguenti conclusioni:

1° La reazione di Schick ha una grande importanza per l'epidemiologia e la profilassi della difterite.

2° Essa mostra che gli individui a reazione negativa non contraggono la difterite.

3° Essa mostra che gli individui con reazione positiva sono i soli a contrarre la difterite, ma non la contraggono necessariamente quantunque portatori di germi.

4° Essa permette di limitare l'iniezione preventiva di siero solo ai soggetti recettivi.

5° Essa non sopprime la ricerca e l'isolamento dei portatori di germi perchè essi si possono trovare sia fra i refrattari che fra i recettivi.

6° Essa può essere utile sussidio diagnostico in quelle affezioni che simulano la difterite.

T. DE SANCTIS.

Il n. 3 (marzo) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

ANGELO SANGUINETTI: **Il meccanismo produttore della leucocitosi adrenalinica.**

P. F. ZUCCOLA: **Su due casi di leucemia acuta.**

MARIA CODA: **Anemia perniciosa e malaria.**

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4.30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

MEDICINA.

L'uremia.

(N. B. FOSTER. *Journal of the American Medical Association*, 1921, n. 5).

L'uremia è un'intossicazione che sopravviene nel corso delle nefriti e si manifesta con disturbi psico-motori.

I sintomi dell'uremia sono varî: cefalea, vomito, diarrea, amaurosi, stati allucinatori-paranoidi, stupore, coma, paralisi, paresi, emiplegia, convulsioni. Non tutti questi sintomi sono sempre presenti; alcuni sono costanti, altri accidentali. Si è perciò convenuto di distinguere varî tipi di uremia dal sintoma più importante. Il tipo convulsivo o epilettiforme fu il primo ad essere identificato: questo tipo si inizia con cefalea ed amaurosi improvvisa e termina con coma. Un secondo tipo è caratterizzato quasi esclusivamente da coma che diventa progressivamente sempre più profondo. In un terzo tipo si hanno disturbi visivi dipendenti da emorragie ed essudati della retina, e da neurite ottica, disturbi gastro-intestinale e psichici con allucinazioni ed interpretazioni paranoidi, seguono sonnolenza, letargia ed infine coma.

Questi varî aggruppamenti sintomatici sono in rapporto con varie alterazioni della funzione renale e ciascuno di essi sembra dipendere da un particolare disturbo del metabolismo.

I sintomi uremici sono stati attribuiti all'edema cerebrale. Questo nell'uremia non è limitato alle meningi, somiglia più ad un'encefalite sierosa che ad un edema puramente passivo.

L'edema cerebrale appare più evidente in quelle forme di uremia con stupore e coma senza convulsioni e disturbi psico-motori. È possibile che l'edema del cervello sia la causa dello stupore e del coma, almeno a giudicare dal fatto che questi disturbi diminuiscono con la puntura lombare, ossia diminuendo la tensione del liquido cefalo-rachidiano. In questi casi sembra che l'edema cerebrale non sia che una delle espressioni dell'anasarca generale.

La iperemia cerebrale si riscontra solo nelle forme convulsive dell'uremia. È accompagnata da emorragie puntiformi diffuse in tutta la sostanza cerebrale. In questi casi l'edema, quando è presente, è sempre leggero. Questi reperti adunque farebbero credere che a due tipi sintomatici dell'uremia corrispondono due quadri anatomo-patologici differenti.

Fin da quando fu riconosciuta come una conseguenza della nefrite l'uremia fu attribui-

ta ad una intossicazione. Fin dai tempi di Bouchard si rilevò che l'urina degli uremici è tossica e contiene un veleno. D'altra parte si notò che l'anuria comunque prodotta sperimentalmente induce sintomi analoghi ma non identici a quelli dell'uremia. Questi fatti tuttavia autorizzarono a credere che lo stato uremico fosse determinato dalla ritenzione nell'organismo di sostanze normalmente escrete per i reni.

Molti anni or sono Voit studiò la tossicità dell'urea e di altri elementi dell'urina, e trovò che i cani alimentati con notevoli quntità di urea vivevano senza disturbi apprezzabili. Se però contemporaneamente si limitava o si impediva del tutto la ingestione di liquidi comparivano vomiti, atassia, letargia. Questa osservazione contiene un principio applicabile alle condizioni osservate nella nefrite cronica con ritenzione d'azoto, che cioè i sintomi morbosi variano con la quantità d'acqua ingerita: i reni malati possono eliminare l'urea solo allo stato di soluzione a bassa concentrazione. Senator infatti richiamò l'attenzione sul pericolo di sintomi uremici qualora i pazienti non bevessero abbondantemente.

Queste considerazioni danno ragione delle differenze sintomatiche tra anuria e nefrite con ritenzione di azoto. Nella prima tutte le sostanze normalmente escrete con l'urina sono trattenute, mentre nella nefrite alcune sono trattenute più di altre. Nell'anuria è trattenuta anche l'acqua per modo che le sostanze azotate sono mantenute nell'organismo in soluzione a basso titolo. Un esempio degli effetti della ritenzione nel corpo di prodotti azotati in grande concentrazione si osserva nel colera. Una delle complicazioni terminali più frequenti del colera è l'uremia, benchè la nefrite non sia grave, e ciò perchè mentre si ha una iperproduzione di sostanze azotate in rapporto alla infezione, l'organismo subisce un estremo impoverimento di acqua per le note ragioni. Una condizione analoga si ha talvolta nella difterite.

Ma la migliore dimostrazione del rapporto tra la escrezione dell'acqua e l'insorgere dei sintomi uremici nelle nefriti con ritenzione d'azoto è offerta dagli effetti della diuresi. Addison rimarcò che quando in certe nefriti con edema si determina la diuresi e gli edemi diminuiscono, compare l'uremia. Ed è ora di comune osservazione che l'uremia può essere la conseguenza non solo della escrezione d'acqua attraverso i reni, ma anche della diaforesi e della diminuzione della ingestione di liquidi. Tutto ciò determina una concentrazione di prodotti azotati nel sangue e nei tessuti.

Le ricerche chimiche del sangue nell'uremia sono state fatte sopratutto nelle forme asteniche, perchè queste sono le più frequenti. E si è constatato che tutti i prodotti azotati vi si trovano in varia proporzione in maggiore quantità. Ma l'azoto contenuto nel sangue è sempre inferiore alla differenza tra l'azoto ingerito e quello escreto con le urine: ciò dimostra che i tessuti trattengono notevole parte dei prodotti catabolici e potrebbe anche darsi che l'eccesso dell'azoto nel sangue non sia che la espressione di una saturazione dei tessuti. Per quanto sia bene determinato pure pare probabile che i prodotti azotati catabolici si trovino nel sangue in combinazione colloidale e che questa sia influenzata da varie condizioni, come dalla concentrazione degli idrogeno-ioni. Al riguardo si ricorda che è stata più volte avanzata la teoria dell'acidosi dell'uremia e che la somministrazione di alcalini spesso attenua la sintomatologia dell'uremia.

L'uremia astenica sembra adunque dovuta alla ritenzione nell'organismo di sostanze normalmente escrete con l'urina.

Non è così dell'uremia convulsivante. Questa sembra dovuta ad una speciale tossina, ad una sostanza catabolica che non attraversa il filtro renale. Questa sostanza non è presente nell'urina dei sani, nè in quella degli uremici, ma solo nel sangue di questi ultimi. Isolata con opportuni procedimenti dal sangue ed iniettata negli animali, essa è capace di produrre in piccolissime quantità fenomeni epilettiformi analoghi a quelli dell'uremia. È una sostanza basica e forma sali cristallini con il platino e l'oro. Molto probabilmente essa deriva da reazioni chimiche tra i prodotti catabolici che non potendo filtrare attraverso il rene sono trattenuti nell'organismo.

dr.

NEUROLOGIA.

Le localizzazioni cerebrali secondo la teoria di Monakow.

(I. Smith. *Medical Record*, 4 dicembre 1920).

La dottrina delle localizzazioni non ha progredito secondo le speranze che si erano in principio concepite. La sperimentazione sugli animali e la osservazione anatomo-clinica hanno dato notevoli risultati e si sono disegnate sulla corteccia cerebrale aree visive, uditive, motrici, sensitive. Ma in effetti mancando una qualsiasi conoscenza dell'attività cerebrale, non si ha un esatto concetto dei processi localizzati nelle dette aree. Una causa importante di confusione e di inesattezza sta nel fatto che nello studio delle localizzazioni si sono identificati due elementi ben distinti,

l'anatomo-fisiologico ed il psicologico. La visione, l'audizione, la motilità nel senso psicologico sono azioni semplici, ben definite, mentre dal punto di vista fisiologico sono processi complicati, risultanti da varii componenti, la cui organizzazione varia anche in ragion di tempo. Gli è perciò che prima di confinare la sensazione e la motilità, ed a maggior ragione la ideazione e la intelligenza, in una area, si dovrebbe scomporre questi processi nei loro elementi.

La filogenesi e la ontogenesi dimostrano lo sviluppo graduale delle funzioni nervose e quindi la loro complessità. Le nostre conoscenze al riguardo non sono scarse, ma siamo ancora ben lontani dal conoscere le numerose connessioni che condizionano l'attività nervosa. Si sa che le varie parti del cervello comunicano a mezzo di fibre afferenti ed efferenti. Questo è un elemento spaziale di non scarsa importanza; ma per ben fissare la funzione delle parti stesse occorre fissare insieme a quelle di spazio le relazioni di tempo, ossia definire la storia cronologica nella filogenesi e nella ontogenesi dei diversi componenti di una funzione.

D'altra parte una dottrina delle localizzazioni è possibile solo in quanto si conoscano le proprietà elementari della sostanza grigia. Secondo Monakow queste proprietà sarebbero le seguenti: 1° L'istinto di conservazione dell'individuo e della specie; 2° La capacità di reagire agli stimoli esterni; 3° La capacità di ritenere le impressioni (memoria); 4° La proprietà di passare in uno stato di esaurimento in seguito a sforzi funzionali, o in uno stato di *shock* in seguito a trauma; 5° La proprietà di uno sviluppo progressivo con tendenza alla perfezione, formando nuovi punti di contatto e nuovi centri di attività.

Insieme a questi concetti di fisiologia generale, bisogna tener presenti i risultati della sperimentazione e della osservazione. Al riguardo bisogna distinguere nella sindrome derivante da focolai distruttivi del cervello due ordini di fatti, quelli permanenti, che sono quelli direttamente dipendenti dalla lesione anatomica, e quelli transitorii, che scompaiono in tempo variabile in rapporto alla sede ed alla estensione della lesione ed a seconda che il tessuto colpito sia sano o già in istato patologico.

I sintomi permanenti sono di solito relativamente grossolani, emiplegia totale o parziale, modificazione di riflessi, incoordinazione, emianopsia, ecc., ed il loro studio ha di molto contribuito alla conoscenza dell'architettura del sistema nervoso e delle localizzazioni funzionali.

Molti autori non fanno distinzione fra sintomi permanenti e transitorii per quel che riguarda la localizzazione, altri ritengono che i fatti transitorii siano la conseguenza di stati infiammatorii. È opinione molto diffusa che il ripristino graduale della funzione soppressa, malgrado la persistenza della lesione, sia dovuta ad un'azione vicariante delle parti prossime alla lesione o dell'area corrispondente nell'altro emisfero. Monakow è recisamente contrario a questa interpretazione. Egli osserva che è molto improbabile che un'area qualsiasi possa di punto in bianco assumere funzioni complesse e che per svilupparsi nella loro interezza hanno richiesto tempo incommensurabile. Monakow ha avanzata la ipotesi che il ritorno della funzione sia dovuto ad una graduale riassunzione dell'attività dell'area che si trovava in uno stato di arresto passivo a causa delle sue connessioni con la sede delle lesioni.

Questa concezione si riconnette alla teoria dello shock dello stesso Monakow. Questo autore così classifica le varie forme di shock: 1° Shock psichico provocato da forti emozioni, spavento, ecc.: a questa forma, nella quale pare sia implicato il simpatico, appartengono anche le paralisi isteriche, la cecità isterica, ecc.; 2° Shock chirurgico, o stupore chirurgico, è provocato da traumi gravi dei vari organi, della pelle, dei nervi; 3° Shock dovuto a concussione cerebrale, emorragie, ecc.; 4° Alle precedenti forme di shock Monakow ne aggiunge una quarta, che egli chiama *diaschisi*, ossia la disintegrazione funzionale di parte del cervello per l'arresto della conducibilità delle fibre. La diaschisi, come le altre forme di shock, è provocata da traumi gravi del cervello, ma l'area affetta è più o meno circoscritta; essa si diffonde per vie nervose definite. Clinicamente la sintomatologia varia in rapporto alle fibre lese (fibre centrifughe, fibre interemisferiche, fibre associative): così si ha una diaschisi cerebro-spinale, una diaschisi commessurale, una diaschisi associativa, ecc. La diaschisi può essere di breve durata, può divenire permanente, può trasformarsi in uno shock apoplettico ed infine produrre la morte. Un esempio di diaschisi senza alterazioni anatomiche è dato dalla scomparsa dei riflessi pupillare e patellare dopo l'accesso epilettico, o dalla temporanea perdita della parola dopo un trauma al capo. Nei casi adunque nei quali si verificano sintomi che non si possono spiegare con fatti anatomo-patologici, ma sono in stretta relazione con una lesione definita, e specie se si tratta di alte funzioni nervose, non si

deve pensare a processi vicarianti o allo sviluppo di nuove funzioni nervose, ma alla liberazione di elementi nervosi dallo stato di diaschisi.

Il problema delle localizzazioni assume così un aspetto più scientifico. Si deve considerare che anche le più semplici azioni nervose sono fenomeni complicati e che non si può parlare di localizzazione *in toto*, ma solo di localizzazione dei componenti di una funzione. Nel caso degli istinti, per es., si sa che essi permangono benchè meno intensi, anche se si distrugge parte notevole dell'encefalo. Il dolore, la gioia, il desiderio, la paura, possono permanere con qualche riduzione quantitativa anche nell'assenza del cervello. Nella funzione locomotoria ogni sezione del sistema nervoso centrale ha la sua parte: il sistema metamerico (midollo spinale) controlla il succedersi dei passi; il sistema cerebellare controlla l'equilibrio ed i movimenti delicati incoscienti; il cervello medio coordina l'attività delle sottostanti parti metameriche; il cervello regola gli impulsi, guida ed orienta nello spazio, fornisce il componente mentale della locomozione ed infine determina lo scopo di tutta la complessa attività. Non si può quindi dire che i centri della locomozione siano solo nel cervello. Analogamente è un errore dire che nel lobo occipitale, o solo nel lobo occipitale, vi siano i centri della vista o delle immagini visive in senso psicologico. Anche per le più alte funzioni intellettive, per la coscienza, non si può parlare di localizzazioni definite, ed in vero tutte le ricerche fatte al riguardo non hanno dato risultati positivi.

Gli atti di coscienza sono in fondo la risultante di tutte le azioni ed interazioni del sistema nervoso nel suo complesso.

È artificioso voler confinare l'attività nervosa entro stretti limiti, in linee geometriche definite. Ciascuna area o strato corticale ha senza dubbio assegnato un ufficio fisiologico definito, ma può essere altresì il componente di altre funzioni.

Più complicata è un'attività nervosa, più complicata è la coordinazione delle sue parti; più grande è il numero dei componenti polimorfi che prendono parte alla effettuazione di un atto, più grande è la superficie del cervello sulla quale è diffusa la funzione stessa.

Monakow conclude affermando che la teoria della diaschisi costituisce il tratto di unione tra le funzioni nervose che possono essere localizzate e quelle che non sono localizzabili. La diaschisi non è altro che l'arresto temporaneo dell'attività delle più alte funzioni.

dr.

CHIRURGIA.

Osteoartrite deformante giovanile dell'anca, osteocondrite deformante, coxa plana.

(FRANGENHEIM. *Zentralblatt f. Chirurg.*, n. 31, 1920).

Maydl per il primo descrisse nel 1897 questa affezione in due pazienti giovani, il nome della quale è ora così calorosamente contestato. In ambedue i casi esisteva un appiattimento della testa del femore che è il reperto più importante di quest'affezione. Nel primo caso di Maydl si poterono riscontrare alterazioni dell'acetabolo che di rado viene a mancare. Successivamente sono stati pubblicati numerosi casi di osteoartrite deformante giovanile dell'anca (v. Brunn, Hesse ed altri).

L'A. ha avuto la possibilità di fare un esatto esame anatomico dell'estremo superiore del femore per un caso nel quale si procedette a una resezione dell'articolazione dell'anca in seguito ad una diagnosi falsa.

Nel 1913 Perthes cambiò il nome di quest'affezione conosciuta finora nella letteratura mondiale come osteoartrite deformante giovanile dell'anca in osteocondrite deformante, Legg la descrisse nel 1910 « an obscure affection of the hipjoint » benchè conosciuta già da lungo tempo in Germania; Sourdet la chiamò: coxa vara; Calvé: pseudocoxalgia; Valdenström considerò nuovamente quest'affezione una forma benigna di tubercolosi, ma persuadendosi poi della genesi sbagliata la nominò: coxa plana.

Questa denominazione è semplice, dovrebbe però esprimere che l'appiattimento non è a carico dell'articolazione, ma in primo luogo della testa del femore; però la testa del femore non è affatto piatta, anche se sembra tale qualche volta nella radiografia, ma del tutto irregolare e questo fu meglio espresso colla denominazione antica. Dalla denominazione « coxa plana » non si può dedurre nemmeno la deformazione dell'acetabolo, che nella radiografia sembra slargato verso l'alto. La coxa vara e valga, specialmente la forma statica, si può riconoscere coll'esame clinico, la osteoartrite deformante giovanile dell'anca però non fu riconosciuta dall'A. per l'appiattimento dell'anca (coxa plana), ma la diagnosi fu fatta soltanto dopo l'esame radiografico. Nella coxa vara e valga la malattia è localizzata all'estremo superiore del femore, invece nella osteoartrite deformante giovanile della anca si riscontrano quasi sempre alterazioni dell'acetabolo che mancano nella coxa vara e valga.

L'A. non vorrebbe sostituire al nome usato quello di osteocondrite deformante di Perthes,

giacchè nemmeno la nuova espressione caratterizzerebbe meglio il processo patologico. Il nome di osteocondrite fa pensare ad alterazioni flogistiche nella cartilagine. Prescindendo dal fatto che l'alterazione flogistica si manifesta specialmente nella lamina cartilaginea della testa del femore, il processo più spiccato è lo sparire subcondrale dell'osso quando la cartilagine è ancora conservata e l'alterazione di quest'ultima è di natura secondaria.

Secondo l'A. l'espressione coxa plana si associa foneticamente bene alle espressioni di coxa vara e valga, ad esempio delle quali fu fatta, ma non esprime l'essenza della malattia. L'A. consiglia di rimanere al nome antico di osteoartrite deformante giovanile dell'anca oppure di sostituirlo all'espressione: coxalgia infantile o giovanile, giacchè colla conoscenza progressiva delle affezioni dell'anca questa espressione prima molto usata sparì man mano dalla letteratura tedesca.

BLUEH.

Sull' operazione della lussazione abituale della rotula.

(MARWEDEL. *Zentralbl. f. Chir.*, n. 8, 1920).

Poco tempo fa Lückerath raccolse in un suo lavoro sui metodi operativi per la lussazione abituale della rotula 44 processi. Si dovrebbe aggiungervi il metodo di Klapp e di Heile, cosicchè il numero si avvicina alla cinquantina.

Naturalmente talvolta i processi adottati da diversi autori s'incontrano. Così il metodo di Perthes pubblicato 2 anni fa, ha dei precedenti: già nel 1914 Lorenz consigliò la duplicatura della porzione interna della capsula.

L'A. eseguì già da parecchi anni nei casi non derivanti da anomalie dei capi ossei articolari (appiattimento del condilo esterno del femore, ginocchio valgo, ecc.), la duplicatura della porzione interna della capsula, senza aver conoscenza delle pubblicazioni precedenti di Lorenz e trovò utile una piccola modificazione nella tecnica. Il suo metodo è il seguente:

1° Incisione curvilinea eseguita in corrispondenza della faccia interna della rotula, la quale interessa la cute e la capsula articolare e disseca alquanto in alto le fibre muscolari del vasto interno. La sinoviale articolare viene risparmiata. La fascia superficiale prerotulea viene sollevata verso l'esterno.

2° Quindi si afferra la rotula con il suo involucro capsulare e si tira all'interno, suturandolo con punti staccati alla parte interna rispett. inferiore dell'aponeurosi del vasto interno.

3° Il margine libero della porzione profonda della capsula articolare viene ribattuto sul periosteo della rotula e quivi suturato.

4° Infine: sutura del margine cruentato della fascia prerotulea: sutura della cute.

La modificazione dell' A. riguarda dunque soltanto la sutura finale della capsula articolare. Sotto la fascia esterna la rotula è mobile, cosicchè non può essere fissata nemmeno con una sutura separata così efficacemente come se si fissa direttamente il foglietto della capsula alla rotula al disotto della fascia. In 3 casi dell'A. questo metodo diede risultati eccellenti: in uno di questi casi trattavasi di lussazione bilaterale, non guarita con altri metodi.

Nei casi dell'A. la dissezione del vasto esterno non si dimostrò necessaria: ove però occorresse si può aggiungere questo taglio secondo Perthes ed eventualmente è ancor meglio farlo prima del raddoppiamento della capsula.

BLUEH.

MEDICINA SOCIALE.

Problemi ginecologici nella medicina industriale.

Da una diecina d'anni è sorta nelle scienze mediche una nuova specialità, quella della medicina nelle industrie; un tempo, in queste, il compito del medico si limitava a qualche medicatura, ora si è invece formato un nuovo tipo che si interessa di tutto il problema della conservazione della vita umana, studiando il problema nel suo aspetto medico, economico, sociale. Più che la cura della malattia, il nuovo medico industriale si studia di pensare alla profilassi delle malattie e degli infortuni. Lo sviluppo di questa specialità è stato notevole agli Stati Uniti, dove 10 anni fa vi erano soltanto poche grandi industrie che avevano servizi medici, mentre già nel 1916 l'Associazione dei medici e chirurghi industriali contava 150 soci, ed ora ne ha 600; vi sono 2000 medici che prestano l'opera essenzialmente industriale e ve ne sono almeno 5000 impiegati nell'assicurazione per gli infortuni. Si calcola, in modo approssimativo che agli Stati Uniti vi siano 30,000,000 d'individui impiegati nelle industrie, fra cui, almeno un buon terzo, donne; è quindi da ritenersi che le malattie e le lesioni peculiari alle donne costituiscano gran parte dei problemi connessi con il mantenimento in piena efficienza dell'elemento umano nell'industria.

Importante è sotto tale punto di vista, anzitutto, la visita fatta prima dell'assunzione, la

quale ora si limita per le donne all'esame della testa, del collo e del torace, visto che l'esame completo non portava notevoli differenze, mentre d'altra parte era assai sgradito. Vanno poi assai curati tutti gli elementi igienici, che possono portare un grande beneficio; si notano tra essi l'istituzione di stanze di riposo, la larga provvista di acqua potabile, di buone latrine, l'adozione di vestiti adatti.

Secondo ricerche di H. E. Mock (*American Journ. of obstetrics and gynecology*, novembre 1920) fra le malattie comuni alle donne impiegate sono da annoverarsi la cefalea (24 %) e la dismenorrea (18 %). Svariate sono le condizioni che provocano quest'ultima: relativamente rari sono i vizî anatomici o gli stati patologici degli organi pelvici.

Fra le altre cause, assai frequente è la costipazione, dovuta ad alimentazione impropria, a mancanza di esercizio fisico, ecc. Si è combattuta in passato la stazione eretta, tanto che sono state emanate in proposito disposizioni legislative prescriventi la posizione seduta. Invece è proprio quest'ultima la più dannosa, perchè provoca congestione degli organi pelvici, aumentata dalla costitpazione, che vi è associata. Un vestito razionale, le passeggiate, i periodi di riposo, in cui la donna possa muoversi a piacimento, saranno assai utili per combattere la dismenorrea. Questa è causata, il più spesso, dalla costituzione nervosa ed è associata ad isterismo, deliqui, sintomi neurastenici. Si riscontra in ragazze con segni di astenia neurocircolatoria, con torace lungo e stretto, angolo intercostale acuto, rene mobile, specialmente il destro, riflessi addominali esagerati, enteroptosi generale.

Le cure che si hanno (riposo, evitare ogni eccitazione ed i bagni) tendono a peggiorare le condizioni, sviluppando uno stato neurastenico che si risveglierà al prossimo periodo; la paura tende a generare la dismenorrea.

L'esame ginecologico rivela condizioni patologiche solo in una piccola percentuale di casi: trattasi per lo più di retroflessione uterina, od anche di retroversione; spesso il retto si trova pieno di materie fecali, senza che l'ammalata si lagni di costipazione. La cura di questa, specialmente con esercizî fisici — fra cui la posizione delle ginocchia accostate al petto, mantenuta per diversi minuti e ripetuta tre volte al giorno — ha dato buoni risultati. Nei casi in cui è necessario l'intervento operativo, si cureranno dapprima le condizioni generali.

Il numero delle ragazze dismenorroiche può diminuire mediante un'azione sistematica diretta dal medico; grande può essere l'utilità delle *nurses* per dare consigli in proposito durante le conversazioni; durante il periodo mestruale si consiglieranno bibite calde, ad alto valore calorico, con breve riposo in camera. Si concederà altresì l'opportunità di sane ricreazioni e di giuochi all'aria libera. Scarsi risultati si ottengono con la cocainizzazione dei piccoli tubercoli — o centri sessuali — del naso.

Importante invece è la cura della costipazione, che si trova nel 33 % dei casi di dismenorrea, per la quale si daranno utili consigli in riguardo alla dieta, fornendo, p. es. ogni ammalata di una tabella con i cibi adatti, dando facilitazioni per l'alimentazione, invitandola a compiere esercizi fisici, ecc.

Altri disturbi delle donne impiegate sono quelli gastrici, con nausea, crampi, dolori: si osservano spesso nelle ragazze che al mattino si alzano in fretta e furia per correre al lavoro, senza mangiar nulla, e poi, a mezza mattinata, sono prese dagli accennati disturbi: un po' di cibo, una tazza di latte o di cioccolata danno subito sollievo. D'altra parte, questi disturbi, con i deliqui ed il nervosismo, possono essere i primi sintomi della intossicazione da fatica; il soggetto in tal caso va accuratamente visitato.

È pure assai frequente il dolore alla schiena, che viene spesso attribuito a malattie ovariche, mentre le cause più comuni consistono in denti cariati, tonsille infette, piede piatto, talloni troppo alti od altri difetti delle scarpe.

Qualche volta il dolore alla schiena viene considerato come infortunio ed attribuito alla sablussazione del coccige, la quale, a sua volta, può dare anche coccigodinia. Sono casi che meritano speciale attenzione con esami ai raggi X, perchè un giudizio sicuro non è facile.

Per quanto riguarda gli spostamenti traumatici dell'utero, che vengono spesso invocati, accompagnandoli con un corteo di sintomi dismenorroici, l'A. ha trovato solo due casi positivi in donne vecchie con pareti vaginali rilasciate.

Egli non ritiene possibile uno spostamento permanente dell'utero, consecutivo a trauma: se questo si verifica nella pelvi si possono avere sintomi pelvici ed anche uno spostamento temporaneo, che però scompare col riposo, si dovrà quindi indennizzare il solo periodo del riposo. Anche l'acceleramento del parto e l'aborto vengono spesso imputati a trauma.

Si debbono invocare condizioni umane per il lavoro femminile, spesso fatto, invece, senza le dovute cautele e quindi causa di svariate malattie professionali; l'igiene industriale deve assicurare in tutti i modi la salute delle future madri.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

A. CARDARELLI: *Lezioni scelte di clinica medica*, raccolte, ordinate ed annotate dal dott. Tommaso Senise. — Biblioteca dello « Studium », Napoli, 1921. — Prezzo L. 30.

Questo secondo volume delle lezioni scelte del prof. Cardarelli, è dedicato alle malattie dell'esofago, dello stomaco, del fegato, del peritoneo, ai tumori dell'addome. Esso, in accurata veste tipografica, segue a breve distanza di tempo al 1° volume, del quale noi stessi su queste colonne abbiamo tessuto l'elogio. E dovremmo ripeterci nei particolari a proposito di queste auree lezioni raccolte dal diligente direttore dello « Studium ». Il metodo del maestro è applicato con rara costanza e con successo insuperabile. Noi abbiamo letto d'un fiato molte lezioni e abbiamo avuto l'impressione visiva del malato; in ogni illustrazione abbiamo lo spunto di un ammonimento, il peso di una esperienza clinica, formata con raro acume sull'inesauribile libro del malato. Nella piana esposizione, scevra da pretese letterarie, abbiamo ammirato un nucleo didattico di grande valore, spoglio da lustre inutili e ingannatrici. Questo *metodo clinico* è ancora il metodo dei nostri vecchi clinici, di cui in molte scuole si va perdendo la tradizione. Il collega Senise ha il merito di tramandarlo con un'opera, che, non dubitiamo, sarà apprezzata nel suo giusto valore dal pubblico italiano e straniero. Egli ha annotato e messo al corrente facendo tesoro specialmente della letteratura italiana moderna, il libro; il breve commento, parco in tutti i suoi dettagli, sarà utile a tutti i medici pratici, che vorranno meditare su queste auree pagine. *t. p.*

C. P. GOGGIA: *Quesiti di Diagnostica e Clinica Medica*. 2ª edizione. — Napoli, V. Idelson, 1921.

Il favore incontrato tra gli studenti e i giovani medici, dal volumetto del Goggia, ne fece in breve esaurire la prima edizione. Viene ora alla luce la seconda edizione completamente rifatta e ampliata per nuovi capitoli e figure.

Il Goggia che per primo introdusse tra noi il tipo dei manuali a questionario, non ha voluto con essi sostituire i trattati di medicina e di semeiotica, dando forma di catechismo alla scienza, ma ha avuto solo di mira di dare un mezzo semplice e rapido ai giovani per ricordare ciò che è di uso più comune e che nei grandi trattati si trova con fatica sepolto in lunghi e pesanti capitoli.

In tre parti separate sono trattati i *Quesiti generali di semeiologia e diagnostica medica*, i *Quesiti di laboratorio* e i *Quesiti speciali di diagnostica e clinica medica*. Brevi, chiare, precise, sono le risposte ai vari quesiti: speciale attenzione meritano il capitolo sulla diagnostica cardio-vasale arricchito delle nozioni necessarie sulla radioscopia del cuore e sulla elettro-cardiografia, e la parte dei quesiti di laboratorio, che è messa al corrente, anche per ciò che riguarda la tecnica, di tutte le ricerche abituali di vera importanza nella pratica della medicina.

DE PANC.

CH. FIESSINGER: *La Thérapeutique en vingt médicaments*. 5ª ediz. 1 vol. in-12 di pagine XII-340. — Parigi, A. Maloine et Fils éditeurs, 1921. — Prezzo fr. 12.

Il successo di questo libro si deve in parte al potere suggestivo del titolo, ma sovratutto al contenuto. Concepito con scopi di praticità, fornisce nozioni semplici, definite, che permettono al medico di orientarsi tra l'enorme congerie di farmaci a sua disposizione e di farne una selezione avveduta.

Conoscitore profondo di tutti i segreti dell'arte, il Fiessinger dà nozioni « vissute », che possono accogliersi con piena fiducia; pecca però per un eccesso di schematismo, se non per superficialità.

L'edizione attuale tiene conto di tutto il rinnovamento che va producendosi nella terapia — specialmente nella siero-, vaccino- e opoterapia e nella terapia colloidale. — Non trascura i medicinali nuovi più efficaci.

L. V.

E. PICCOLI: *Molestie, non ancora malattie*. 1 vol. in-16 di pag. 148. — Milano, Società Anon. Editoriale Dott. R. Quintieri, 1920. — Prezzo L. 5.

In questo libro, scritto per i profani, l'A. si è preoccupato specialmente di dissipare eccessive od irragionevoli paure, cagionate da disturbi svariatissimi, i quali stanno alla soglia delle malattie; di dimostrare che il significato di questi disturbi è talora più benefico che dannoso, poichè essi riportano all'equilibrio funzioni alterate, mentre il danno che cagionano è solo superficiale e fugace: essi mettono capo non ad un peggioramento della salute, ma ad un miglioramento di essa, in quanto che hanno funzionato come crisi risolventi e normalizzatrici.

È questo un indirizzo sano. Sarebbe forse stato opportuno però di considerare quasi tut-

te queste infermità minori anche come segnali d'allarme, che reclamano un pronto intervento del medico.

La trattazione di alcuni argomenti, come il singhiozzo e lo sbadiglio, ci sembra un po' fuori di posto.

Nel suo insieme il volume può essere raccomandato ai clienti e letto con interesse anche dai medici. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche di Milano.

Seduta del 4 febbraio 1921.

Presidenza: Prof. B. ROSSI.

Osservazioni su un caso di Sodoku.

L. FRASSI. — Illustra un caso di Sodoku, che interessava specialmente il chirurgo per l'esistenza di una tumescenza dura diffusa alla mano ed all'avambraccio destro, simulante un flemmone ligneo. Vi fu un periodo d'incubazione di 15 giorni, indi i sintomi locali e generali.

L'ammalata guarì colle iniezioni di neosalvarsan, ma ebbe una recidiva, che richiese nuovamente la ripresa della cura arsenobenzolica. L'esame del sangue e la prova sugli animali furono negativi per la dimostrazione dello spirocheta.

L'O. nota l'analogia da un punto di vista etiologico e curativo collo spirocheta ittero-emorragico, e basandosi sull'osservazione di Dick e Rutheford si domanda se la malattia non possa trasmettersi anche indipendentemente dal morso del topo per mezzo di insetti ematofagi.

La Radiumterapia del cancro uterino.

A. CUZZI. — Nella Sezione Radium-terapica dell'Istituto Ostetrico di Milano dall'aprile 1920 al gennaio 1921 l'O. ha curato col Radium 48 carcinomi uterini; di questi 37 non operati, 11 recidive. Dei primi, 10 in condizioni gravissime locali e generali, 21 in condizioni gravi, 6 meno gravi e di questi due considerati ancora operabili, 1 sottoposto alla Radiumterapia per esperimento. Fra le recidive se ne contavano 4 gravissimi e 7 gravi. I risultati sono stati ottimi; bisogna però considerarli come risultati immediati e quindi circondarli di tutte le riserve sull'avvenire.

Dodici casi non seguono più la cura perchè clinicamente guariti. Gli altri, salvo pochi in condizioni molto migliori e 6 morti, di cui 4 fra i gravissimi, non poterono avere più di 3 applicazioni di Radium. Le numerose statistiche straniere nella Radiumterapia del c. u. sono assai più confortanti di quelle della terapia operativa; non escludendo in via generale che la ginecologia si debba servire ancora del bisturi per curare il c. u., l'O. pensa che i risultati lontani saranno assai migliori quando si associeranno le due forme di cura. Questo non si potrà ottenere almeno in Italia se non con una maggiore diffusione della Radiumterapia, una associazione più stretta fra Radiumterapia e chirurgia, un più esteso sfruttamento delle sostanze radioattive sotto forma solida o di gas. Nel caso della Radiumterapia ritiene indispensabile entri nell'uso pratico il gas emanazione.

La somministrazione parenterale di proteine non bacteriche in alcune malattie della pelle.

G. A. AMBROSOLI. — L'O. ha fatto uso di iniezioni intermuscolari di peptone, endovenose di deuteralbumosio, intermuscolari di latte sterile. Solo colle iniezioni di latte ha ottenuto costanti reazioni generali con brivido, elevamento termico, sudorazione. Ha trattato 30 casi di dermatosi croniche, ribelli alle comuni cure, praticando complessivamente più di 200 iniezioni, con risultato favorevole in 20 casi (dermatite erpetiforme del Duhring, pemfigo cronico vero, lichen ruber planus, eczemi secchi, eczemi infiltrativi e gementi negli adulti e nei bambini) con risultato incerto o nullo in 10 casi (psoriasi, eczemi psoriosiformi, paracheratosi lichenoide cronica). Non gli è risultato che alcune fra le entità morbose cutanee siano in modo speciale influenzate dalla proteinoterapia, ma semplicemente che le malattie della pelle in genere rispondono inconstantemente, ma spesso favorevolmente alla somministrazione parenterale di sostanze proteiche.

Le iniezioni di latte nelle malattie veneree.

L. CATTANEO. — L'O. curò 64 ammalati di forme veneree con iniezioni di latte. Di questi 16 erano affetti da adeniti, da ulcere veneree; 48 dalle più svariate forme di complicanze blenorragiche. L'O. non ha avuto alcuna influenza benefica sulle ulcere veneree, mentre sulle adeniti ha ottenuto buoni vantaggi (regressione delle forme iniziali, riassorbimento di parte delle adeniti già fluttuanti, modificazione nell'andamento di altre già suppurate, seguite da rapida guarigione). Ha avuto risultati dubbii nelle prostatiti e nelle forme articolari blenorragiche, buoni invece in un caso di coowperite e molto lusinghieri nelle epididimo-funicoliti. Nessuna modificazione invece osservò nel decorso delle uretriti blenorragiche.

C. VALLARDI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Malattie dell'esofago.

Il sintomo classico, per cui il paziente richiede il consiglio del medico, consiste nei disturbi della deglutizione, che si iniziano talvolta gradatamente, tal'altra di improvviso, ed aumentano col progredire della malattia, se questa è di natura progressiva.

Vi possono essere cause comuni, quali deglutizione di cibi molto caldi, di sostanze caustiche, di oggetti duri postisi di traverso, oppure anche cause psichiche, quali una forte emozione subitanea. Quando mancano tali dati anamnestici, si penserà alle malattie che provocano stenosi esofagea, che sono:

1° *Compressione dall'esterno*, specialmente della parte endotoracica, per aneurismi aortici o tumori del mediastino; o del segmento cervicale per tumori laringei; o per strumi.

L'esame generale ed il reperto radiologico daranno i criteri per la diagnosi.

2° *Neurosi*: esofagospasmo improvviso, per lo più a livello del cardias: anche la sonda vi si ferma, però, lasciandola in posto, discende poi spontaneamente ad un tratto. La radioscopia rivela esofago molto dilatato con lista d'ombra ad estremità conica o arrotondata. Talvolta, in questi casi, vengono fatte diagnosi errate di cancro (Wolff: rifer. in *Morgagni*, 15 novembre 1920).

3° *Stenosi cicatriziali*: dipendono da ulcera peptica, o, meno raramente, da sostanze caustiche: l'ombra radioscopica è assottigliata e termina a punta.

4° *Diverticoli*, da pulsione o da trazione; per lo più poco estesi non danno stenosi notevoli. La diagnosi è basata specialmente sulla radioscopia.

5° *Neoplasmi*: sono la causa più frequente di stenosi esofagea: trattasi generalmente di carcinomi localizzati al cardias, talvolta però anche all'incrocio con la trachea o la laringe. Si osservano in individui di età avanzata e danno anche emorragie e cachessia. La diagnosi viene confermata dal reperto radiologico, dalla sondatura, dall'esofagoscopia.

Terapia. — In caso di neurosi istituire specialmente la cura generale riducendo al minimo quella locale; la sondatura si farà soltanto se esiste incapacità a deglutire. Nelle forme cicatriziali si farà la cura meccanica con la sonda o con stecche fatte con ossa di pesci, ricorrendo alle sonde cave quando le difficoltà di deglutizione sono assai gravi; vi sono anche dilatatori metallici, utili, ma da usare con grande prudenza. Si coadiuverà la cura con iniezioni di fibrolisina. I diverticoli da pulsione vanno operati al più presto.

Nel carcinoma, si ha assai raramente la possibilità di cura operatoria radicale, gli altri metodi sono incerti.

Si curerà quindi solo la stenosi secondaria e si darà una alimentazione semifluida, prescrivendo ai pasti qualche antispasmodico (1/2 cg. di morfina con o senza 10 goccie di Tintura di belladonna); talvolta è utile l'introduzione di 25-100 g. di olio d'oliva prima del pasto.

Se l'esofago è dilatato, e si hanno ristagni e putrefazioni si procederà a lavature con acido borico al 2 %, acido salicilico 1-3 ‰, facendo seguire l'introduzione di olio d'oliva.

Quando il passaggio dei cibi è impossibile, si può fare la gastrostomia, che va però evitata negli stadî finali.

L'A., non è molto favorevole alla radioterapia. Invece R. W. Mills e J. S. Kimbrough (*Journ. of am. med. Association*, 8 giugno 1920) hanno ottenuto risultati abbastanza buoni, usando però grandi dosi (50 mg.) fin dal principio e facendo precedere l'applicazione da iniezione di morfina ed atropina; con tale metodo la disfagia migliora rapidamente. *fil.*

Sintomi respiratorî da gastroptosi.

F. Teilmann (*Ugeskrift for Laeger* e *Medical Review*, dicembre 1920) riporta diversi casi di donne piuttosto anziane (46-60 anni) appartenenti a classi lavoratrici, grasse con addome pendulo e marcata gastroptosi.

Esse andavano soggette ad attacchi dispnoicî, enfisema, bronchiti con caratteri asmatici, specialmente dopo fatiche fisiche; l'applicazione di una fascia addominale faceva sparire i disturbi e permetteva a tali donne il lavoro.

La condizione di gastroptosi, in questi casi, sfugge facilmente o viene presa in scarsa considerazione, poichè la paziente accusa soprattutto sintomi toracici e viene esaminata in posizione supina o seduta. Tale condizione invece è evidente se si fa mettere la paziente stessa in posizione eretta; l'addome pendulo è ben marcato, mentre poi si può portare un subitaneo sollievo alla difficoltà del respiro, mediante la correzione manuale dello spostamento addominale. Il trattamento con i medicamenti e col riposo a letto ha effetto transitorio, mentre si ottengono risultati permanenti con l'applicazione della fascia addominale. *fil.*

Contributo al problema dell'oppio: l'azione dell'oppio e dei suoi derivati sull'intestino

Uhlmann e Abelin (*Zeitschrift für experimentelle Pathologie*, tomo XXI, 1920) osservano che l'oppio ed i suoi alcaloidi non hanno la stessa azione sull'intestino *in sito* e su quello isolato; gli AA. hanno ideato un metodo speciale di ricerca il quale permette di registrare i movimenti di peristalsi e pendolari dell'intestino su animali viventi e che abbiano subìto, per la tecnica dell'esperimento, un trauma leggero.

U. e A. hanno potuto constatare così che i preparati d'oppio a piccole dosi paralizzano la peristalsi; a dosi alte la eccitano; a dosi altissime dapprima la eccitano e poi la paralizzano. Soltanto dosi elevate hanno influenza, nell'intestino isolato, sui movimenti pendolari: questi sono paralizzati, così come lo è il tono della muscolatura longitudinale.

La muscolatura circolare è invece sensibile a dosi anche assai piccole.

Comparando l'azione dell'oppio con quella dei suoi alcaloidi gli AA. hanno concluso che la morfina si comporta come l'oppio: le piccole dosi paralizzano tanto la peristalsi che i movimenti pendolari: le forti dosi eccitano questi due movimenti. La papaverina, invece, qualunque sia la dose usata, paralizza sempre sia i moti peristaltici che quelli pendolari.

D. MAS.

Cura delle ragadi anali.

Nei casi recenti, come pure per le ragadi sifilitiche, si adotterà il trattamento conservativo.

Si prescrivano blandi lassativi affinchè le feci non rimangano dure, pulizia scrupolosa dell'ano dopo ogni defecazione, che se è possibile è bene avvenga la sera.

Prima di ogni defecazione, si faccia introdurre nell'ano un batuffolo intriso di unguento borico o di una soluzione di cocaina al 10 %; (Ball: rif. in *Morgagni*, dicembre 1920): dopo la defecazione, introduzione di un suppositorio di oppio o di scopolamina, oppure clistere di cloralio. Si potrà fare un tentativo di cura con le ventose alla Bier, oppure si toccherà la ragade con una soluzione di nitrato d'argento al 20 %, per provocare la produzione di un'escara, la quale proteggerà i nervi finchè non sarà compiuto il lavorìo di cicatrizzazione.

Se non si riesce con questi metodi, si ricorrerà alla divulsione dello sfintere, sotto narcosi od anestesia locale, introducendo nell'orificio anche i due pollici o i due indici ed esercitando una distensione, finchè la resistenza dello sfintere è stata superata. Bisogna però guardarsi dall'esercitare una forza eccessiva, altrimenti si produce paresi permanente dello sfintere. Se, in seguito, si sviluppano forti dolori od ematoma, si applicheranno compresse fredde o si somministrerà dell'oppio.

Fra gli interventi cruenti, è da menzionarsi l'incisione, che, approfondendo la ragade, la trasforma in una semplice ferita, la quale guarisce per granulazione. Nell'incisione si mette una striscia di garza allo jodoformio, somministrando poi dell'oppio per impedire la defecazione per qualche giorno e dando in seguito olio di ricino.

Quando esiste la così detta *emorroide sentinella*, che non è una vera emorroide, ma bensì una piaga della mucosa al margine posteriore dell'orificio anale, la si asporta, praticando un taglio cuneiforme, con la base rivolta verso la ragade. *r. s.*

La cura delle emorroidi col Cupressus.

Leclerc (*Bull. Soc. de Thérapeutique*, 12 giugno 1920) mette in rilievo i vantaggi dell'uso del *Cupressus sempervirens*, di cui le proprietà emostatiche ed astringenti sono note fino dai tempi di Ippocrate. Si prescrive internamente l'estratto fluido o la tintura a dosi di 20-30 gocce, due volte al giorno, e l'estratto molle in quantità di 15-20 cgr. al giorno. Esternamente si può applicare l'estratto fluido o la tintura al 5 %, od usare l'estratto molle in forma di unguenti o di suppositorii contenenti 15 cg. del principio attivo. Con questi rimedii, si osserva una notevole attenuazione dei sintomi infiammatorii, e la cessazione o la diminuzione dell'emorragia, del dolore e dello spasmo dello sfintere. *fil.*

Nella dispepsia gastrica di infermi con colelitiasi.

Magnesia idrata.
Sottonitrato di bismuto . . . . *ana g. uno*
Solfato di sodio . . . . *cg. cinquanta*
Zucchero polv. . . . . *g. due*

M. s. p. cinque cart.: da prenderne una prima dei pasti. (*Journal des Praticiens*).

NOTE DI TECNICA.

Colorazione delle fibre elastiche nello sputo.

1. Estensione dello sputo sul portaoggetti, in strato grosso: a tale scopo si collocano sul portaoggetti alcune particelle purulente dello sputo stesso e si schiacciano con un altro portaoggetti. Si riscalda facendo seccare all'aria fino a che si vedano disseccarsi alcune porzioni sulle quali si distendono le parti ancora umide e così seguitando per diverse volte. Si ottiene in tal modo anche la fissazione.

2. Si versa sul coprioggetti, acido nitrico al 1/3, e si scalda fino a svolgimento di vapori, tenendo per 5 minuti.

3. Si getta l'acido, e senza lavare, si versa sul portaoggetti la soluzione colorante, che consta di Fucsina di Ziehl parti tre: Alcool ordinario (non assoluto nè diluito) parti due: Soluzione acquosa satura di percloruro di ferro, parti una. Si lascia per 10 minuti e si lava in acqua corrente, coprendo poi il preparato con coprioggetti o con uno strato di olio di cedro, che d'altra parte è necessario perchè le fibre elastiche si scorgono male con gli obbiettivi a secco.

Con questo metodo possono rilevarsi le fibre elastiche anche in casi recenti: esse accompagnerebbero sempre il bacillo di Koch in ogni stato, e sarebbero tanto meno abbondanti quanto più cronico è il processo.

La colorazione va ripetuta qualora un primo esame abbia dato risultati negativi.

(R. Dargallo, *Rev. española de medicina y cirugia*, novembre 1920). *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il rachitismo è una malattia da " carenza ,,.

Weil e Mouriquand (Nathan: *La Presse médicale*, n. 59, 1920) considerano come malattie da carenza, per assenza di vitamine, lo scorbuto, la pellagra, il beri-beri. Il rachitismo è appena menzionato e Mouriquand di questo dice trovarsi la causa essenzialmente in alterazioni, tuttora imprecisabili, qualitative del regime.

Mellanby attribuisce, viceversa, grande importanza all'assenza delle *vitamine liposolubili*; le *vitamine idrosolubili* sarebbero responsabili del beri-beri e dello scorbuto.

Egli ha sottoposto alcuni cagnolini a 4 tipi di diete più o meno povere in vitamine liposolubili: da tali esperienze risulta che gli alimenti ricchi di vitamine liposolubili (latte non scremato, burro, olio di fegato di merluzzo, olio di cotone) sono i soli capaci di evitare o di arrestare il rachitismo, il quale, senza essi, malgrado un regime abbondante con abbondanti vitamine idrosolubili, compare lo stesso. L'azione della carne e dei suoi estratti si è mostrata varia: aggiunta alla 2ª dieta (pane e latte non scremato) ha potuto impedire il rachitismo, ma non lo ha potuto evitare con la 3ª e 4ª dieta poveri in liposolubili per la presenza di latte scremato: secondo Mellanby la carne avrebbe solo il compito di impedire l'accumulo inutile delle vitamine nel tessuto adiposo: le fecole, il pane, al contrario, favorirebbero quest'accumulo. La presenza di riserve di liposolubili nel tessuto grassoso spiega in alcune esperienze l'apparizione tardiva del rachitismo malgrado un'assenza relativamente accentuata di liposolubili negli alimenti.

Mellanby conforta con fatti clinici le sue esperienze. Anzitutto le statistiche di M. W. Hall mostrano che nella colonia israelita vi è il 7 % di rachitici, mentre negli altri il 50 %: risulta che nelle famiglie israelite nella cucina entra molto l'olio, perfino nella fabbricazione del pane; tra essi vi è molto uso di cacao al latte, uova, legumi, pesce.

Altro esempio suggestivo è dato dalla popolazione dell'isola Lewis (Nuove Ebridi), nella quale, malgrado la povertà e la mancanza assoluta d'igiene (basti ricordare che ogni abitazione comunica ampiamente con la stalla), constando la dieta quasi esclusivamente di pesce, avena, uova, il rachitismo è del tutto sconosciuto.

Il rachitismo richiede altri fattori: esso è un appannaggio della prima infanzia; così le esperienze dimostrano che passata una certa età nessun regime rachitizzante è capace di rendere il cane rachitico. Sembra poi che ad esso predisponga la rapidità dello sviluppo e l'*embonpoint*.

Fergusson ed altri danno importanza all'assenza di libertà e di movimento.

Negli ultimi mesi Hess e Unger hanno attaccato la teoria del Mellanby: secondo essi allo stato attuale delle nostre conoscenze è difficile opporre una carenza idrosolubile ad una carenza liposolubile: ogni malattia da carenza porta infatti a lesioni ossee che non è sempre facile distinguere le une dalle altre, per lo meno nelle loro forme fruste. Talora la diagnosi è difficile tra scorbuto e rachitismo: e poi, ad es., dove mettere alcune forme di malattia di Barlow?

Hess e Unger aggiungono inoltre tre argomenti:

1° La presenza di liposolubili, anche in eccesso, non evita sicuramente il rachitismo;

2° Un regime povero di liposubili non porta obbligatoriamente al rachitismo;

3° La nozione di *carenza* implica debolezza, astenia, denutrizione.

Ora, molti rachitici sono robusti e, all'infuori delle loro deformazioni epifisarie e costali, hanno tutte le apparenze della salute.

Sembra all'A. che, malgrado le critiche, con opportune modificazioni la teoria del Mellanby è la più seducente: forse dovremo parlare non di una ma di più vitamine idro o liposolubili: è certo, però, che solo da ulteriori conoscenze chimico-biologiche si avrà conferma della teoria del Mellanby. MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1297) *La « tosse sotto il cuscino ».*

L'abbonato 10257 chiede quale è la ragione per cui « appena coricati si ha ordinariamente una accentuazione di disturbi per i sofferenti delle prime vie dell'albero respiratorio, tanto che ricorre volgarmente la frase di *trovare la tosse « sotto il cuscino »*.

La tosse può essere provocata per via riflessa, non solo per l'eccitazione del nervo laringeo superiore, ma anche per quella di altri rami del pneumogastrico e persino di nervi cutanei. Si può così spiegare il fenomeno accennato dal collega, con la leggera perfrigerazione cutanea, dovuta allo spogliarsi in una camera fredda, od al primo contatto con le lenzuola fredde: ciò si osserva particolarmente in convalescenti di pertosse o d'influenza e può durare molto a lungo dopo la guarigione.

Ma anche altre cause possono influire: l'ugola ipertrofica o rilassata può più facilmente in posizione supina, o nel rilasciamento che avviene durante il sonno, vellicare la base della lingua o l'epiglottide, determinando così la tosse: analogo effetto può avere anche il passaggio di muco o di saliva, poichè bisogna tener presente che anche stimoli fisiologici possono provocare la tosse quando sia iperestesica la laringe. Il colpo di tosse determina poi una trazione più o meno violenta ma sempre brusca, sugli organi del respiro, per cui può seguirne una maggiore eccitabilità ed un vero accesso con affanno e disturbi congeneri. Il fenomeno inverso, cioè la cessazione della tosse con la posizione supina, può invece osservarsi nella epatoptosi. *fil.*

(1298) *La cura del gozzo con iniezioni parenchimatose.* — Al dott. D. C. da S. P. A.:

La tecnica indicata da Sheehan e Newcomb è la seguente: si iniettano nella parte più prominente della ghiandola cinque goccie di una miscela a parti uguali di tintura di jodio, fenolo puro e glicerina. A tale scopo si infligge l'ago direttamente nella sostanza della ghiandola e si invita il paziente a deglutire; se l'ago è nella ghiandola, si osservano movimenti in alto ed in basso, che invece mancano quando è al di fuori di essa. *L'iniezione va fatta molto lentamente*, altrimenti provoca vivo dolore, che viene soprattutto riferito alle orecchie, alle guancie od al collo; un leggero dolore affatto passeggero però è quasi costante.

Quando l'iniezione è troppo abbondante si possono avere sintomi allarmanti di strumite acuta, quindi non si debbono mai oltrepassare le 12 gocce: qualche paziente può accusare debolezza, od anche svenire.

Le iniezioni possono ripetersi ad intervalli da 3 a 7 giorni secondo la reazione: talvolta basta una sola, altre volte ne sono occorse fino a 26; di regola i risultati possono già osservarsi dopo la quinta. *fil.*

(1299) *Cura chirurgica dell'anemia splenica.* — Al dott. F. G., abb. 5505:

Bisogna intendersi sul significato clinico della parola. Purtroppo nella denominazione « anemia splenica » troppe malattie, diverse fra di loro per etiologia e decorso clinico, sono state comprese.

Noi pensiamo che per anemia splenica degli adulti bisogna intendere quella particolare affezione descritta da Banti e identificata dagli studi successivi più che come una entità a sè come uno stadio del morbo di Banti stesso. Se in questi limiti si compendia la malattia, l'*intervento chirurgico* (*splenectomia*) è, allo stato attuale delle nostre conoscenze, l'unico mezzo curativo a nostra disposizione. Le cure mediche e i tentativi di radioterapia non hanno dato resultato alcuno; l'intervento chirurgico vanta delle guarigioni. *t. p.*

(1300) Al dott. D. Morace:

Nel fascicolo 1°, vol. III, del Mohr e Stahelin — nel capitolo *Pancreas* (Umber) troverà la letteratura più importante dell'argomento. *t. p.*

(1301) All'abb. n. 13369:

Consigliamo E. Ligorio, *Manuale di Igiene e Tecnica Ospedaliera.* Un. Tip.-Ed. Torinese. L. P.

(1302) Al dott. N. V. da P.:

Una rivista para-medica del genere è « L'Illustrazione medica italiana » che si pubblica a Genova in fascicoli mensili (direttore M. U. Masini; redattore-capo G. Portigliotti; indirizzo: casella postale 1481; abbon. annuo L. 20). L. P.

(1303) Al dott. S. T. da Firenze:

I quesiti debbono sempre essere firmati per esteso, e non già con le sole iniziali. (A richiesta dell'interessato, la redazione usa le iniziali soltanto nel rispondere). *La Red.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La riforma dei servizi di vigilanza igienica.

Il disegno di legge sulla modificazione dei servizi locali di vigilanza igienico-sanitaria di cui ci siamo già occupati, è stato oggetto di svariati commenti e di critiche talvolta anche abbastanza aspre. È ovvio che qualsiasi riforma, la quale meriti tale nome e tenda quindi a stabilire un nuovo stato di cose, rompa una serie di abitudini e ferisca certi interessi, per cui incontra indubbiamente ostacoli più o meno serî specialmente da parte di chi è o si sente leso dalla riforma stessa. Quando però quest'ultima porti una reale utilità, gli interessi dei singoli debbono passare in seconda linea, tanto più che non è impossibile trovare dei temperamenti adatti a mitigare l'asprezza delle leggi.

I propositi che animano la relazione di questo disegno di legge sono certamente eccellenti. Anche il più impenitente ottimista troverebbe che in Italia i servizî igienici non vanno proprio per il meglio: difetto di cose, di uomini, di mezzi finanziarî, sta il fatto che la vigilanza igienica da noi è complessivamente scarsa, trascurata, inefficace e solo per lo zelo ed il sacrificio individuale si evitano maggiori guai. Il serpeggiare e l'insediarsi dell'epidemia colerica nelle Puglie nel 1910, le numerose vittime che miete tuttora il vajuolo, per la poca diligenza con cui si eseguono le vaccinazioni, sono prove che dimostrano chiaramente la necessità di pensare seriamente ad assicurare in ogni angolo del nostro Paese l'efficace tutela della salute pubblica. Se ciò si possa ottenere soltanto con l'emanare leggi, sia pure ottime, dubitiamo assai; è la coscienza igienica delle masse, che bisogna risvegliare; è l'educazione igienica del pubblico a cui bisogna attendere con sano spirito di attiva propaganda. Comunque deve essere bene accetta ogni disposizione che tende ad una migliore organizzazione dei servizî igienici, in modo da renderli più razionali, più spediti, più fattivi, tanto più che da questo ne può venire, di riflesso, una maggiore diffusione dei principî di igiene.

L'attuale riforma non è, almeno in apparenza, molto ardita: essa tocca essenzialmente l'anello della catena, che sta alla base, a più diretto contatto con le popolazioni e compie la vera e la prima opera di vigilanza. L'ufficiale sanitario, quale era stato ideato con la legge del 1888, sentinella avanzata della salute pubblica in ogni comune, ma, in fondo, medico pratico più che igienista, verrebbe ora a lasciare il posto all'ufficiale sanitario comunale o consorziale, a coltura specializzata in igiene e con un vero e proprio ufficio di vigilanza igienica, integrato dal laboratorio.

La ragione della riforma viene spiegata con «il tenue contributo di opera dato dagli ufficiali sanitari». Questa espressione non troppo felice ha destato l'irritazione fra gli ufficiali sanitarî, molti dei quali hanno la coscienza di aver lavorato indefessamente, di aver sostenuto lotte diuturne, non certo per il compenso modesto, talora irrisorio, ma per la coscienza che essi avevano dell'alto valore della propria missione. D'altra parte bisogna riconoscere che il relatore non poteva proporre una riforma, ammettendo che tutto procedeva bene, poichè allora sarebbe mancato lo scopo di cambiare e si comprende che gli sia sfuggita la citata frase di cui l'asprezza è appena temperata dal successivo inciso «come oggi sono costituiti». L'espressione in apparenza suona biasimo alle persone, mentre è, o dovrebbe essere, soltanto critica alla istituzione.

***

Il disegno di legge attuale con senso pratico, stabilisce che per i consorzî di comuni la sfera di attività dell'U. S. sia delimitata dal mandamento o ad un numero complessivo di 25,000 abitanti.

Però, anzichè mantenere rigidamente i limiti puramente amministrativi, ammette che le circoscrizioni possano definirsi tenendo conto di ragioni topografiche od altre. Stabilisce inoltre il finanziamento, promette una pianta organica e mette il limite perentorio di due anni per la completa sistemazione.

Il disegno si presenta quindi organicamente razionale e suscettibile di applicazione: una larga base di personale *tecnico* assistito dagli aiuti amministrativi, che, alla periferia, vigila, ispezione, prende i primi provvedimenti, innestandosi dall'altro lato al tronco maggiore dell'autorità sanitaria provinciale, con cui deve avere rapporti ben più stretti che quelli così vaghi dell'U. S. attuale.

L'efficacia di tali provvedimenti dipende sopratutto dal modo con cui la legge verrà applicata, dalla coltura e stato sociale delle popolazioni, dall'attività e sagacia delle persone, che vi saranno proposte. L'ufficio di vigilanza igienica, appesantito dalla svogliataggine burocratica, può essere ridotto ad un semplice ingranaggio passa-carte, e può invece diventare un

vero centro fattivo di operosa attività, di lodevoli iniziative, quando, con l'incitamento dell'esempio, possa ottenere la valida cooperazione dei colleghi, delle autorità locali, delle popolazioni. Purtroppo però non saranno lievi gli ostacoli, che si frapporranno all'U. S., a cominciare dalle condizioni topografiche, talvolta sfavorevoli e non trascurando la possibilità che popolazioni poco progredite accolgano ostilmente questo funzionario, di cui non comprendono l'utilità, e che può anche essere inviso, perchè sfata vecchi pregiudizî e colpisce l'interesse del singolo in nome del bene della collettività. In tali casi, l'U. S. deve sentirsi investito da un'alta missione, e compiere opera di apostolato, con il polso fermo pur senza eccessive intransigenze.

A differenza dei medici provinciali, che fanno soltanto fugaci apparizioni, e degli UU. SS. delle grandi città, che agiscono solo per le propaggini dell'ufficio, l'U. S. nei piccoli ambienti vive in continuo contatto con le popolazioni ed è ovvio che l'acrimonia contro le disposizioni, che egli prende e che urtano e ledono interessi, si rivolgeranno contro la sua persona. Grave errore è stato quindi quello di mettere l'U. S. alla dipendenza anche del sindaco, ciò che lo espone ai mutevoli capricci delle Amministrazioni comunali, ed alle bizze dei piccoli tirannelli, che, in veste nera, grigia, o rossa, spadroneggiano in molti comuni. La ragione dell'inclusione del sindaco si comprende facilmente anzitutto perchè i comuni debbono concorrere nelle spese e poi per il tradizionale rispetto che si ha in Italia per l'autonomia comunale. Sarebbe però stato assai più equo trovare il modo di rendere l'U. S. affatto indipendente dalle autorità amministrative locali, che non hanno affatto veste tecnica e che possono intralciare e non di poco l'opera dell'igienista; gli esempi possono essere citati a josa da chiunque abbia esercitato in tali condizioni.

Un nuovo incarico viene poi dato dalla legge agli U. S., che *possono* (art. 10) essere prescelti come periti giudiziarî. Tale disposizione costituisce una deroga a quella del divieto dell'esercizio professionale. Ma in quale branca possono gli UU. SS. esercire da periti? non certo per questioni medico-legali, poichè manca loro la coltura corrispondente. Se invece essi debbono trattare soltanto le questioni igieniche, ciò che sembra più probabile, sembrano eccessive le limitazioni frapposte (approvazione del prefetto volta per volta), poichè, per le stesse funzioni ufficiali che rivestono, dovrebbero essere senz'altro considerati come periti d'ufficio. Tali vengono appunto considerati dalla legge austriaca i funzionari medici di Stato, i quali, nel corso d'istruzione per l'ammissione alla carriera governativa, hanno larghi insegnamenti di medicina legale.

* * *

Ma le critiche più vivaci, che si muovono al disegno di legge, riguardano specialmente la proibizione dell'esercizio professionale e la stabilità degli attuali ufficiali sanitarî. In verità, c'è da rimanere un po' meravigliati davanti a tutte le proibizioni elencate dall'art. 10. Ogni porta deve essere chiusa per l'U. S., il quale, come una torre d'avorio, si erge immacolato fra le turbe. Sono evidenti le lodevoli intenzioni del legislatore di avere in codesti funzionarî delle persone in qualunque modo superiori ad ogni sospetto. Non si comprende però l'eccezione per gli impieghi di pubblico insegnamento, che, al contrario di quanto è disposto per i medici provinciali, sono permessi, ciò che porterebbe ad un cumulo di impieghi, che è di per sè stesso proibito. La stranezza di aver considerato anche questa condizione consiste nell'esiguo numero di persone a cui può riferirsi (docenti in città, sedi di università, o professori di scienze naturali negli istituti locali) di fronte alla gran massa degli UU. SS.

Proibizione assai delicata e controversa è quella dell'esercizio professionale. Attualmente, la massima parte degli U. S. (esclusi quelli dei grandi centri con un vero ufficio d'igiene e stipendi adeguati) esercita come professione principale la medicina e, solo subordinatamente, dedica una parte della propria attività alle mansioni di U. S. È umano che le cose procedano in tal modo, poichè a detti funzionarî non si concedono che tenuissimi stipendî, da considerarsi più che altro come semplici indennità. Altrimenti sarà quando verrà applicata la legge in discorso; essa ci promette di disciplinare con un regolamento le condizioni di assunzione e di carriera ed è a sperare che vengano fissati emolumenti tali che permettano di vivere con il decoro necessario, senza bisogno di ricorrere ad altre occupazioni per arrotondare lo stipendio. Questa, unita alle soddisfazioni morali, che non devono mancare, è la *conditio sine qua non* per avere buoni elementi e per ottenere un buon rendimento. Dovrebbe quindi cessare, dal punto di vista materiale, la necessità dell'esercizio professionale, che, del resto, è vietato anche al medico provinciale.

È un fatto che questa proibizione, prescindendo anche dall'idea di lucro, costituisce una limitazione dolorosa per il medico, il quale, nella progressiva burocratizzazione, non ha più la possibilità di tener deste le sue cognizioni cliniche generali. Ma bisogna pure riconoscere

che medico ed igienista percorrono due strade, le quali, pure essendo vicine e talora anche sovrapposte, rimangono però diverse nella loro essenza e finalità. Il dire, poi, che l'igienista deve continuare nell'esercizio professionale per saper riconoscere i primi sintomi delle malattie infettive, equivale al pretendere che p. e. l'otojatra eserciti la medicina generale per scovare le lesioni iniziali che sfuggono al pratico generico. È sempre questi che vede i casi all'inizio, che fa la prima diagnosi; lo specialista, il medico d'ospedale, intervengono di solito in secondo tempo confermando o modificando la diagnosi stessa. Così accade per l'igienista: egli interviene non già nei primissimi stadii, in cui la sua opera non è richiesta, ma quando già siasi elevato un sospetto di malattia infettiva ed allora, con la sua coltura specializzata e con i sussidî di cui dispone, potrà procedere all'accertamento della diagnosi.

Il fatto portato da qualche collega per dimostrare la necessità dell'esercizio professionale di un caso di vajuolo misconosciuto da clinici e riconosciuto prontamente dall'U. S. dimostra invece la tesi opposta, che cioè, più che la coltura clinica generale, vale in tali casi quella dello specialista in malattie infettive, quella dell'igienista.

Il divieto dell'esercizio professionale è ritenuto necessario non tanto per costringere l'U. S. ad occuparsi solo della sua professione (costrizione inutile ed ingenua) quanto per lasciargli la più ampia libertà d'azione in riguardo alle persone che eventualmente debba colpire, p. e., con contravvenzioni, libertà che si potrebbe sospettare minorata se tali persone appartenessero alla sua clientela; ed inoltre per evitare possibili conflitti con i medici, per i quali egli non deve essere in alcun modo un concorrente, ma un collaboratore, di cui l'opera, in caso di necessità, viene richiesta con piena fiducia.

La rinuncia all'esercizio professionale, del resto è insistentemente richiesta anche in altri paesi, come p. e. nell'Inghilterra e negli Stati Uniti, dove si proclama il bisogno di UU. SS. che dedichino esclusivamente al loro ufficio l'attività professionale (*The need of whole-time health officers*).

La disposizione, però, che incontra maggiori opposizioni, è quella degli art. 16 e 17, la quale esige che gli UU. SS., anche se stabili, si forniscano di uno speciale titolo di abilitazione. Ma come, si ribatte, gli attuali UU. SS. non hanno dunque sufficiente coltura? ed è questa acquistabile, solo con un corso di istruzione, sempre breve, in confronto della lunga pratica, che hanno gli attuali ufficiali sanitari? Si costringeranno così uomini maturi a fare da scolaretti, dando forse il sopravvento alla coltura di laboratorio, anzichè alla pratica del servizio?

Che gli uomini maturi ritornino anche spontaneamente sui banchi di scuola, lo dimostrano i diversi corsi di perfezionamento in igiene, in medicina del lavoro, ecc., dove sono spesso fra i più attenti ed i più volonterosi. Nulla di male quindi che anche UU. SS. anziani vengano a rinfrescare le loro cognizioni nelle aule e nei laboratorî.

Più fondato può sembrare il sospetto che il corso d'istruzione sia insufficiente ad una adeguata preparazione igienica: ogni giudizio in proposito però ci sembra prematuro, non conoscendosi ancora nulla circa l'estensione e la durata di tali corsi. Comunque, non si tratta di un insegnamento *ab imis*, ma solo di corsi di integrazione, per individui che già sono in possesso delle nozioni fondamentali, nonchè dell'esercizio pratico: basta quindi coordinare le idee, dare unità di indirizzo, ciò che si può fare in alcuni mesi, con tenue sacrificio da parte degli interessati. Nè, in complesso, una parte degli UU. SS. può sentirsi per ciò offesa nell'amor proprio professionale. Dediti principalmente alla pratica generale della medicina, la loro attività come igienisti è ora relativamente limitata. Ora essi ammettono pure di non essere specialisti in oculistica, in ginecologia, ecc., nè si sentono minorati se per tali malattie si rimettono senz'altro alla persona competente. Non v'è dunque ragione che si ritengano specialisti in igiene, perchè di questa compiono alcune funzioni, come non si ritengono oculisti, perchè curano una congiuntivite.

L'igiene moderna poi va diventando sempre più complessa, e tale da assorbire interamente l'attività di chi vi si dedica. Essa abbraccia ora ben più larghi campi che nel passato e si estende anche a tutti quei provvedimenti d'indole sociale, che venivano un tempo considerati come opera di beneficenza d'iniziativa privata e che si impongono oggi come uno stretto dovere della società. L'assistenza alla maternità, all'infanzia, la lotta contro le malattie sociali, l'igiene industriale e quella scolastica con tutte le istituzioni che le integrano, ecc., sono tutti rami venuti innestandosi man mano al tronco dell'igiene. In questo vasto programma, l'igienista deve o dovrà rappresentare la parte direttiva e preponderante. Ora lo studio, l'organizzazione, il funzionamento di queste istituzioni non si improvvisano, ma richiedono una solida preparazione ed esigono che vi si consacri tutta la propria attività e non i ritagli di tempo.

Tutti oggi tendono a specializzarsi e l'igienista non può continuare ad essere il medico pratico, ma decidersi per l'una o per l'altra via.

Non può quindi ritenersi eccessiva la pretesa del legislatore di assicurarsi che tutti gli UU. SS. abbiano la coltura e le attitudini necessarie: è questa una garanzia di serietà per la missione di cui è investito l'U. S., il quale, a sua volta, non può che avvantaggiarsene; tanto meglio se la sua coltura e la sua pratica gli avranno dato le nozioni e la sicurezza di giudizî, che gli renderanno facile l'acquisto del titolo di abilitazione.

Come già si è accennato, ben diversa è la figura dell'U. S. quale è stato finora e quale sarà con la nuova legge: da un semplice incarico, retribuito con una modesta, talora meschina indennità, ed ottenuto tutt'al più con un concorso per titoli (quelli nominati mediante concorso regolare per titoli ad esami restano stabili *ope legis*) si passa ora ad un vero impiego con stipendio adeguato, nè ci sembra che si possa logicamente sostenere che la stabilità acquisita dal primo possa intendersi senz'altro trasportata al secondo. D'altra parte gli UU. SS. muniti di soda coltura e di pratica professionale dovrebbero essere gli ultimi a dolersi di questa disposizione che sgombra il terreno dai pochi inetti, tanto più che è interesse stesso dello Stato di potersi assicurare la collaborazione degli elementi, che hanno una reale competenza. Ed è soltanto a questa e non ad una qualsiasi lunghezza di servizio prestato, che va subordinata la sistemazione del personale. Verranno probabilmente lesi gli interessi di qualcuno, ma non è questa una ragione sufficiente per ostacolare una riforma, quando essa porti reali vantaggi.

Del resto per tutte tali divergenze e questioni, si potranno trovare senza dubbio dei temperamenti ed adottare disposizioni transitorie, che smussino le apparenti angolosità della legge: di queste tendenze è un indice p. e. il fatto che si dà tempo fino a tutto il 1926 per provvedersi dello speciale titolo di abilitazione.

Durante questo tempo, i pochi realmente inetti e quelli per i quali la grave età costituisse un ostacolo avranno lasciato il posto, gli altri si saranno venuti acquistando il titolo di abilitazione e saranno quindi in regola con la legge.

***

Lo scoglio più grave di questo disegno di legge contro il quale potrà anche infrangersi ogni sforzo, consiste in ciò che, per portare l'efficacia, che da esso si spera, occorrono milioni e milioni. Non parlo delle spese per gli stipendî degli UU. SS., per l'organizzazione degli uffici, per i laboratorî, ecc., spese che saranno tutt'altro che indifferenti, se si daranno, come è sperabile, degli stipendi dignitosi. Ma tutta questa organizzazione potrà rimanere lettera morta, se gli UU. SS. saranno ridotti a fare delle ispezioni, a scrivere dei rapporti, a stendere progetti che rimarranno sulla carta, se non si avrà invece la possibilità di spendere largamente. Vi sono paesi dove tutto è da fare: l'acqua che manca, la fognatura che non esiste, le scuole ridotte in misere ed anguste stanzette, la malaria che attende ancora un oculato risanamento, ecc. A tutto questo non si provvede con delle sterili relazioni, trasmesse per via gerarchica ai diversi uffici, o con mezzi inadeguati, che sono ripieghi inutili o dannosi. L'U. S. potrà rilevare i bisogni, fare le proposte, adoperarsi del suo meglio per migliorare le condizioni, ma se non viene assecondato, se i pubblici poteri non intervengono concedendo le opere di pubblica utilità, le sue funzioni si verranno atrofizzando ed egli sarà ridotto ad un nuovo peso aggiunto alla burocrazia che ci soffoca.

Non si può certo pretendere che tutto si faccia di punto in bianco. La conquista può essere graduale, purchè sia continua, in uno sforzo costante verso il meglio. Auguriamoci che la suprema necessità delle opere igieniche venga riconosciuta dai pubblici poteri e che ad esse si provveda largamente per il maggiore benessere della nazione. INDEX.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8739) *Aumento dello stipendio.* — Dott. G. F. da M. — I medici condotti sono impiegati comunali come gli altri. Ma per essi, in quanto ad aumento di stipendio, vi è un *jus* speciale consistente nello articolo 26 della legge sanitaria. Essi, pertanto, volendo ottenere tutti gli aumenti stabiliti dalle vigenti leggi debbono, ai termini della circolare ministeriale del 10 ottobre 1919, n. 20400-1, fare analoga domanda alla G. P. A. L'aumento del 15 % si deve calcolare sullo stipendio e non cumulativamente anche sulla indennità caro-viveri. Sullo stipendio di lire 714 e sulla indennità caro-viveri di lire 200, compete, come aumento, la somma di lire 107.10 e non già lire 137.10, come Ella dice.

(8740) *Assicurazione contro disgrazie accidentali.* — Dott. G. M. da C. G. — I premi delle assicurazioni contro disgrazie accidentali sono riscossi dall'individuo che è assicurato, non dal Comune che è obbligato ad assicurare. Se fosse diversamente si invertirebbero le parti perchè il Comune non assicurerebbe il medico, ma sè stesso, in quanto si garentirebbe di ogni eventuale danno che potrebbe risentire da una disgrazia che capitasse al sanitario.

(8741) *Stipendio.* — Dott. A. F. da F. — Lo stipendio cessa dalla data della avvenuta morte. La famiglia del medico deceduto in ottobre non ha pertanto diritto a riscuotere lo stipendio spettante al *de Cujus* per la rimanente parte dell'anno.

(8743) *Stabilità - Soppressione di condotta - Risarcimento di danni.* — Dott. F. T. da V. — Tanto Lei quanto il collega hanno acquistata la stabilità nella carica di medico condotto da soppressione di una delle due condotte, quando sia approvata dalle autorità competenti, porta per conseguenza il licenziamento del medico condotto appartenente alla zona che si sopprime. L'altro medico resta in carica ed assume il servizio dello intero Comune. Il medico licenziato non ha diritto a risarcimento di danni perchè la soppressione di una condotta è considerata come caso di forza maggiore, così come si è ripetutamente pronunziata la giurisprudenza del Consiglio di Stato.

(8744) *Dimissioni - Riammissione in servizio - Stabilità.* — Dott. N. F. da R. — Il medico dimissionario che sia stato nuovamente nominato in base a concorso condottato di un determinato Comune, non può trar profitto dal servizio precedentemente prestato per dichiararsi immediatamente stabile e per conseguire tutti gli aumenti periodici di stipendio maturatisi durante il periodo in cui è stato assente. Il Comune con la deliberazione di nomina non può reintegrare espressamente il medico nei diritti inerenti alla sua posizione anteriore alle dimissioni, perchè le disposizioni riguardanti il biennio di prova e lo acquisto della stabilità sono di ordine pubblico e tali da non poter essere modificate con privati patti o convenzioni.

(8746) *Stipendio del medico condotto - Irriducibilità.* — Dott. N. Z. da C. — Lo stipendio del medico condotto nominato a seguito di concorso non può essere modificato o diminuito senza ledere un diritto acquisito del sanitario o in base all'atto di nomina od in base alla legge, qualora abbia già acquistata la stabilità nella carica.

(8747) *Dichiarazioni di dimissioni - Nomina di un secondo concorrente.* — Dott. G. S. da C. — Il Comune avrebbe dovuto prestar fede al certificato medico presentato e consentire che il congedo ordinario fosse ancora una volta prorogato, fino a tre mesi. Però a fare diversamente ed a dichiararla dimissionario sarà stato, molto probabilmente, indotto dal fatto che il certificato medico fu presentato non all'inizio della infermità ma bensì dopo la guarigione quando, cioè, non era più possibile controllo di sorta e dal fatto di aver conosciuto o di essersi formato il convincimento che Ella non avesse più in animo di riprender servizio colà. Contro la dichiarazione delle dimissioni, che equivalgono, in tal caso, ad un licenziamento, può ricorrere alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato nel termine di giorni 60 dalla notifica. Con la sua nomina, è esaurito completamente il concorso e, quindi, per la nomina del successore ne deve essere bandito un secondo, non potendosi sostituire al dimissionario il secondo classificato, il quale, essendo stato preferito una volta dal Consiglio Comunale, non ha più alcun diritto da far valere.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

CASTENEDOLO (*Brescia*). — Al 15 aprile condotta 1° Reparto. Capitolato tipo, L. 5000; 3 quinquenni L. 550 a conseguita stabilità; L. 750 bicicletta; doppio c.-v. Ab. 2500, poveri 280. Residenziale.

CESARA (*Novara*). — Consorzio con Nonio e Arola; ab. 2407; L. 4000 fino a 300 poveri, addizionale di L. 3; quale uff. san. L. 500; per l'Ospedale di Nonio L. 300; cavallo L. 1800; indenn. alloggio L. 500. Scad. 15 apr.

DRAGONI (*Caserta*). — L. 6000; cavallo L. 1200; uff. san. L. 236. Scad. 24 apr.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico Ispettore degli Istituti Ospitalieri e annessi Ambulatorî; L. 5000 iniziali, L. 530 mensili di caroviv., salvo variazioni, L. 1500 dopo il primo biennio e successivi aumenti periodici fino a L. 12,500 dopo il 20° anno di servizio; pensione. Il medico ispettore meno anziano dovrà supplire gli altri. L. 15 per ogni notte di servizio (a turno). Scad. ore 16 del 30 aprile. Età-limite anni 21-39. Titoli ed esami. Rivolgersi alla Direzione Medica degli Istituti.

PONTE BAGGIANESE (*Lucca*). — L. 6000; due c.-v. Scad. 30 apr.

POSTUA (*Novara*). — Consorzio con Ailoche e Guardabosone; ab. 2429; L. 4000 fino a 80 poveri, addizionale di L. 3 a 6; quale uff. san. L. 500; indenn. alloggio L. 300. Scad. 18 apr.

RUBIANA (*Torino*). — Capitolato tipo. Scad. 10 aprile.

VIGEVANO (*Pavia*). — Chirurgo primario dell'Ospedale; L. 4750 e 4 quinquenni del decimo; 55 % sui proventi atti operativi. Scad. 15 apr.

VILLAFRANCA (*Verona*). — Primo reparto e Ospedale Morelli-Bugna; L. 7000, indenn. trasp. L. 1000; doppio c.-v. Scad. 15 apr.

Diffide.

Nuove diffide: Crespino (Pisa), Pecorara (Piacenza).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al concorso per direttore del Sanatorio « Cesare Battisti », che viene istituito dalla C. R. I. ad Anzio, la Commissione giudicatrice ha designato primo fra 17 concorrenti il prof. Guido Mendes, con la seguente motivazione: « Accoppia alla dimostrazione della competenza clinica, anatomopatologica e radiologica una esperienza sicura e largamente provata dell'organizzazione e direzione di un grande Sanatorio ». Al secondo posto sono risultati, alla pari, i proff. Vincenzo Fici e G. Batt. Roatta, che completano la terna.

La Commissione era presieduta dal sen. E. Marchiafava; ne facevano parte V. Ascoli, A. Torti, A. Massone, R. Ugolini; ne era segretario A. Ilvento.

La scelta del Mendes, eseguita dopo un diligente e ponderato esame, verrà approvata da quanti conoscono ed apprezzano le rare doti d'organizzatore e la vasta coltura scientifica, clinica e tecnica del valoroso direttore del tubercolosario di Porta Furba.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia (Febbraio 1921).

MALATTIE	31 gen. 6 febbr.		7 - 13		14 - 20		21 - 27	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo.	155	1266	207	2186	285	2081	217	1662
Scarlattina.	60	118	66	149	70	156	40	119
Vajuolo e vajoloide . .	31	71	45	124	45	218	42	103
Tifo addominale. . .	88	147	100	203	103	205	104	207
Difterite e croup. . .	134	197	127	195	154	255	133	209
Meningite cer.-spinale	2	2	3	3	3	3	3	3
Dissenteria.	—	—	—	—	—	—	1	1
Tifo petecchiale . . .	2	2	3	3	—	—	—	—

Dal 31 gennaio al 6 febbraio.

Morbillo. — Lombardia (S. Benedetto Po 50, Pegognaga 42), Emilia (Argenta 80, Rho (?) 70, Castelnuovo Rongone 45), Piemonte (Borgo S. Martino 25), Toscana (Capannori 25), Campania, Lazio (Palombara Sabina 42).

Scarlattina. — Lazio, Campania, Emilia.

Vajuolo. — Sicilia, Lazio, Campania.

Tifo addominale. — Lambardia, Emilia, Veneto.

Difterite. — Veneto, Emilia, Toscana, Piemonte, Lombardia.

Dal 7 al 13 febbraio.

Morbillo. — Piemonte (Torino 362, Villarbasse 76, Orbassano 70, Caselle Torinese 58), Lombardia (S. Benedetto Po 75, Pegognaga 60, Casorate Sempione 51, Cardano al Campo 31, Goito 30), Emilia (Castelnuovo Rangone 56, Castelfranco Emilia 33, Lugo 28), Toscana (Carrara 50), Campania, Lazio (Palombara Sabina 59).

Scarlattina. — Lombardia, Lazio.

Vajuolo. — Sicilia, Campania, Abruzzi e Molise (Vasto 10), Calabria (Palmi 9).

Tifo addominale. — Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana, Abruzzi, Campania.

Difterite. — Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana, Sicilia.

Dal 14 al 20 febbraio.

Morbillo. — Piemonte (Torino 138, Orbassano 100), Lombardia (Fermo 95, Pegognaga 45, S. Benedetto Po 40, Asola 30, Casorate Sempione 20), Emilia (Calestano 32, Argenta 30), Toscana (Bagnone 38, Castellina in Chianti 36, Castelnuovo Berardenga 26, Caselline e Torri 24), Campania (Sanza 21), Umbria (Acquasparta 21).

Scarlattina. — Lombardia, Emilia, Veneto, Piemonte.

Vajuolo. — Sicilia (Palermo 101), Campania, Calabria (Palmi 16).

Tifo addominale. — Lombardia, Toscana, Veneto (Cavazuccherina 10), Emilia.

Difterite. — Veneto, Emilia, Lombardia, Piemonte, Toscana (Gaiole in Chianti 5), Campania.

Dal 21 al 27 febbraio.

Morbillo. — Piemonte (Torino 102, Sordevolo 60, Trino 33, Campo Canavese 25), Lombardia (Artogne 25, Carpenedolo 20), Emilia (Castelnuovo Rangone 31, San Lazzaro 23), Toscana (Lucca 24), Campania, Sicilia, Calabria (Spezzano Albanese 267), Basilicata, Liguria.

Scarlattina. — Piemonte, Lombardia, Emilia.

Vajuolo. — Sicilia (Troina 7), Campania.

Tifo addominale. — Lombardia, Bologna, Veneto (Spresiano 10), Piemonte, Abruzzi, Marche; in Basilicata 12 casi a Satriano di Lucania.

Difterite. — Emilia, Lombardia, Veneto, Piemonte, Sicilia, Toscana; nel Lazio 6 casi a Supino.

fil.

Per il XXV anno d'insegnamento del prof. Achille Monti.

Il 17 dello scorso mese di marzo, nell'aula dell'Istituto di Anatomia patologica dell'Ateneo pavese, aderendo all'invito del Comitato organizzatore, attorno ad Achille Monti, indimenticata figura di Maestro, si raccoglieva folto gruppo di antichi e nuovissimi discepoli, nel concorde pensiero di non poterne più adeguatamente onorare il venticinquesimo anno d'insegnamento universitario, che traendo ad udirne ancora una volta la parola.

In questa forma, severa ed intima ad un tempo, di una lezione che riunisse nel medesimo palpito di interesse, attraverso la riudita voce del Professore, menti esperte di scienziati e di illustri clinici, allievi di un tempo, e menti giovanili di allievi d'oggi, si sono svolte appunto le onoranze al Monti, che dal 1898 dirige l'Istituto di Anatomia patologica pavese e del quale non è d'uopo partitamente ricordare l'opera scientifica, poichè essa tanto d'appresso riflette la versatilità e la originalità di ingegno del suo creatore, che non vi è chi in essa non si imbatta, per poco che percorra i dominii della patologia generale e della anatomia patologica.

E di questo stesso largo respiro che informa l'opera patologica del Monti (cui talora degnamente spetterebbe l'insegna di biologo generale), ha segnata questa sua lezione sintetica, in cui Egli, campeggiando su tre secoli di storia del pensiero patologico, ha abbozzato ed individuato con pochi tocchi incisivi il concetto della evoluzione storica della nosografia, dell'accendersi, del divampare, dello spegnersi di determinate e caratteristiche forme morbose in determinati periodi storici, fluttuazione morbidica, che, per caratterizzazione delle condizioni generali dell'assetto sociale di un'epoca è almeno altrettanto significativa quanto le fluttuazioni politiche e della quale il Monti ha disegnate per taluni casi particolari, la malaria, la tubercolosi, i tumori, ecc., le definite relazioni con la vita economico-politica del paese. Caratteristica nosologica del secolo XVIII è l'infierire di malattie infettive, al cui dilagare agevole campo fornivano le pessime condizioni fisiologiche delle masse

popolari: la malnutrizione, le malsane condizioni di ambiente esterno cui l'organismo umano non aveva modo di opporsi si traducevano in una decadenza della costituzione fisica, in una vera miseria fisiologica, ultimo risultato della miseria economica, che toglieva ogni ostacolo al diffondersi dell'infezione.

Malattie notoriamente curabili si insignoriscono dell'organismo, lo stremano, vi si prolungano sino alle estreme conseguenze. Il secolo XIX segna al suo inizio un miglioramento di queste condizioni nosografiche, che il Monti efficacemente qualifica *popolari*. Dominano tuttora la malaria, il tifo, il vaiolo, la febbre puerperale, la pellagra. Ma il progresso delle scienze medico-chirurgiche, da un lato; l'aprirsi di nuove vie di comunicazioni con altri paesi, l'aumento dei traffici e degli scambi commerciali, il primo fiorire delle industrie e dei grandi lavori collettivi, l'agglomeramento di masse umane intorno ai centri di produzione, vengono mutando il quadro nosografico. Si riducono la malaria, la febbre puerperale, il tifo esantematico, e si diffondono invece malattie di origine esotica: l'anchilostomiasi, ad esempio, assai probabilmente portata in Europa delle milizie napoleoniche della spedizione in Egitto e che verso il 1835 raggiunge tanta violenza nell'anemia dei minatori tra gli operai del Gottardo. È diffusa la tubercolosi, il cui sviluppo è legato a condizioni di vita sedentaria o rinchiusa, e si collega quindi con i fenomeni dell'urbanesimo. Si accentuano le malattie professionali, il saturnismo ed il mercurialismo, e così via. Il secolo XX, che segna un notevole aumento delle classi cosidette povere, è caratterizzato, al suo inizio, dalla scomparsa pressochè completa delle malattie legate alla miseria fisiologica: la malaria si fa sempre più rara, così il gozzo, il cretinismo, la pellagra; le malattie professionali sono combattute dalle opportune misure igieniche e profilattiche, largamente applicate; in compenso è prevedibile l'aumento dei morbi legati al troppo benessere, all'abuso di alcoolici (epilessia, ecc.), di quelli legati alla maggiore durata vitale (i tumori) od al particolare carattere della vita sociale contemporanea: le malattie nervose, la paralisi progressiva, la demenza presenile, ecc. Ma in questo naturale evolversi del quadro nosografico si è intromessa la guerra, ricreando condizioni morbidiche di altri tempi, ridestando le malattie infettive, la malaria, il tifo petecchiale, l'ittero da spirochete, ecc., così che la morbilità attuale ne risente e ne risentirà per alcun tempo ancora gli effetti perturbatori.

Ed il Monti generalizza questo concetto dell'evoluzione delle malattie di cui la storia degli ultimi secoli gli dà precisi documenti, traendone suggestive intuizioni, ad esempio, sull'origine africana dell'infezione malarica, infezione propria degli antropomorfi, come dimostrano recentissime ricerche parassitologiche, da questa trasmessasi all'uomo e che nel suo diffondersi si è plasmata lungo il profilo di certe isoterme, oscillando entro determinate condizioni di clima. Analogamente, circa l'origine pure africana della anchilostomiasi.

Occorreva ad un patologo l'esperienza di trenta anni di ricerche sperimentali di studi, di insegnamento, per saper giungere ad una tanto alta e comprensiva visione del valore e del significato storico della patologia, e gli ascoltatori hanno dimostrata al Monti la loro gratitudine, festeggiandolo calorosamente, e plaudendo alla consegna fattagli dal Comitato organizzatore, della prima copia del grosso volume, edito a cura del Comitato stesso, in cui gli allievi hanno voluto raccogliere le ricerche patologiche compiute dal Maestro negli ultimi cinque anni, ricerche di fondamentale importanza sopratutto per quanto riguarda la malaria, pur attraverso la multiforme intensa attività pratica da Lui dispiegata nel tempo della guerra, a pro dell'organizzazione sanitaria militare.

Plauso che non segna certamente il chiudersi dell'attività scientifica del Monti cui la giovanile freschezza del pensiero e delle forze fisiche promettono — e noi ce lo auguriamo — ampia messe di nuove vittorie.

M. Q.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione nazionale per l'Igiene.

Presieduto dal prof. A. Sclavo si è riunito in Roma, il 19 marzo c. a., il Consiglio Direttivo della Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, per la discussione di importanti argomenti riguardanti la organizzazione stessa ed il prossimo Congresso Nazionale.

Il prof. U. Mariotti (Roma) ed il prof. Teixeira (Perugia) avevano giustificato l'assenza; parteciparono alla riunione i dottori A. Grassi (Napoli), B. Braccini (Nocera Umbria), V. Rainaldi (Roma), nonchè il Segretario Federale dott. G. Palomba il quale, a nome della Presidenza, espose succintamente la relazione morale e finanziaria, che venne senza discussione approvata.

Con dispiacere il Consiglio prese atto delle dimissioni presentate dall'Associazione Nazionale Veterinaria Italiana, e circa l'atteggiamento assunto successivamente al Congresso di Trieste, dall'Associazione Nazionale degli Ufficiali Sanitari liberi esercenti non potè a meno di rilevare come fosse stato non del tutto conforme alle disposizioni federali.

L'argomento peraltro diminuiva d'importanza dinanzi al fatto che dopo il distacco dei Capi d'Uffici d'Igiene e dei Veterinari e data la diversità di giudizio delle varie categorie in merito alla organizzazione dei Servizi di Vigilanza igienico-sanitaria che nei riguardi giuridico-economici interessa essenzialmente gli Ufficiali Sanitari liberi esercenti, veniva a mancare la ragione di mantenere in essere la Federazione.

Il Consiglio alla quasi unanimità, dopo aver discusso la situazione, deliberava di proporre alla prossima assemblea la trasformazione dell'attuale Federazione in *Associazione Nazionale per l'Igiene* comprendente tutti i cultori ed amici dell'Igiene sia individualmente che collettivamente a mezzo delle proprie associazioni, affidando al Segretario il mandato di preordinare uno schema di Statuto.

Il contributo federale per il decorso anno 1920, in considerazione della trasformazione proposta, venne di comune accordo ridotto alla metà con preghiera alle Associazioni che non avessero ancora eseguito il versamento di ottemperare al più presto a tale obbligo onde rendere possibile la compilazione del bilancio.

In merito al *IV Congresso Nazionale,* indetto a Trento fin dallo scorso anno, la Presidenza partecipò che era in via di formazione il Comitato locale per opera dell'Ufficio di Sanità del Commissariato generale civile e che d'accordo col relativo Comitato s'era stabilito di abbinare al Congresso le *onoranze all'illustre prof. L. Pagliani* per il 50° anniversario di laurea e l'*istituzione della fondazione* da intitolarsi al Venerato Maestro.

Tema del Congresso sarà *La propaganda igienica nella scuola, negli opifici, fra le madri, nelle campagne, ecc., per la lotta contro la tubercolosi, l'alcool, la malaria, il tracoma, la sifilide, la pellagra, il vaiuolo, ecc.*

Il Consiglio designò il prof. A. Sclavo relatore della parte generale del tema ed altri autorevoli colleghi per l'esposizione della importanza della propaganda e dei metodi con cui esplicarla nei varii ambienti e contro le singole malattie sociali.

La data del Congresso fu fissata per il 9-13 giugno p. v., la quota d'iscrizione in L. 20 per ciascun aderente (L. 5 per le persone di famiglia) con diritto di usufruire delle riduzioni ferroviarie, partecipare ai festeggiamenti e ricevere gratuitamente copia degli Atti del Congresso, il cui programma definitivo, con l'indicazione dell'ordine dei lavori, verrà comunicato prossimamente a mezzo di apposita circolare.

A Segretario generale del Congresso venne designato il dott. G. Palomba, Roma 25, Via Vittorio Veento, n. 96, Segretario federale, al quale, fin d'ora, potranno i colleghi rivolgersi per chiarimenti ed informazioni.

Per le industrie sanitarie italiane.

Una nuova iniziativa completa il programma che sta per attuarsi nel prossimo giugno a Parma, a favore delle industrie sanitarie italiane.

Come è noto, insieme al II Congresso per tali industrie, si è stabilito di tenere colà delle Mostre (di Piante Medicinali, di Macchinari, di Materiali di confezionamento); e ben si comprende quale ingente mole di lavoro rappresenti la organizzazione ad un tempo del Congresso e di tali Mostre, tutta affidata ad un solo Comitato, il quale fa capo al prof. Valenti.

La «Commissione Permanente per le Industrie Sanitarie Italiane», presieduta dal prof. Bertazzoli e avente sede in Milano, mentre dà tutto il possibile appoggio alle iniziative di Parma, ha creduto bene di proporre che venga aggiunta una altra Sezione alle Mostre, quella cioè dei «Prodotti elaborati» (Chimico-farmaceutici e Biologici) e Idrologici (Acque minerali e loro derivati). Di pieno accordo col Comitato di Parma, la organizzazione di tale Sezione è stata affidata alla «Commissione Permanente» che avrà facoltà di delegare uno dei suoi componenti alla direzione generale di quanto riguarda questa Sezione, con dei collaboratori sia locali (Milano) e sia nelle varie parti d'Italia.

Nuovo è il concetto informatore di questa Sezione in quanto essa raccoglierà principalmente la «letteratura scientifica» dei singoli prodotti e delle acque minerali, e corrisponderà quindi, anche nel criterio che sarà tenuto per le premiazioni, all'indirizzo scientifico che guida queste nuove manifestazioni delle Industrie Italiane, ben comprese della necessità di allearsi strettamente alla scienza.

Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia militari.

Abbiamo già annunziato che il Servizio di Sanità Militare dell'Esercito Belga organizza questo Congresso, indetto a Bruxelles dal 15 al 20 luglio prossimo. I diversi Governi hanno già designato i delegati e i relativi ufficiali.

I temi stabiliti sono: 1° Organizzazione generale dei servizi sanitari negli Eserciti e relazioni dei servizi stessi con la Croce Rossa; 2° Studio clinico e terapeutico dei gas di combattimento impiegati durante la guerra dagli Imperi Centrali, sequele della loro azione nell'organismo e loro influenza sugli invalidati; 3° Lotta antitubercolare e antivenerea nell'Esercito; 4° Insegnamenti della guerra nel trattamento delle fratture degli arti; 5° Epurazione delle acque in campagna. Le relazioni e le comunicazioni per ogni tema dovranno pervenire alla Segreteria Generale del Congresso (Ospedale Militare di Liegi) entro il 1° maggio. Dovranno essere redatti in francese, inglese o italiano.

La quota è fissata in 25 franchi belgi (compte-chèque postal n. 41042).

Il Congresso sarà presieduto dal dott. Wibin, Ispettore generale del Servizio Sanitario dell'Esercito Belga.

L'Istituto d'igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Il prof. Ettore Levi della Vida ha tenuto, nei locali del «Lyceum» una conferenza sul progettato Istituto. Erano presenti S. M. la Regina Madre e S. A. R. la Duchessa d'Aosta, che furono ricevute dalla presidente baronessa di Montanaro e dal Consiglio del Circolo. Tra gli uditori erano anche il Prefetto comm. Zoccoletti, l'assessore professor Neuschüler, il generale Dall'Olio, i senatori Sanarelli, Marchiafava, Ciraolo e uno sceltissimo elemento femminile.

La Regina Margherita e la Duchessa d'Aosta espressero all'oratore, caldamente applaudito, il loro compiacimento.

Corso di tisiologia.

Nei RR. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano, il prof. G. Ronzoni terrà un corso di tisiologia, della durata di un mese, a partire dal 7 aprile. Le lezioni verranno impartite il giovedì e il sabato dalle ore 14 alle ore 15, presso l'Istituto di accertamento diagnostico profilattico per la tubercolosi (via Arena, 40).

Per l'iscrizione presentare domanda in carta bollata e pagare la tassa di L. 21,10 alla Segreteria degli Istituti (via Commenda, 12) che è aperta nei giorni di lunedì, giovedì e sabato, dalle 16 alle 17.

Assegni per direzioni di Cliniche e gabinetti scientifici.

Il N. 152 della Raccolta Ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno contiene un R. Decreto col quale:

Nel Decreto L. 16 febbraio 1919, n. 596, deve considerarsi come non inserita la voce «Clinica otorinolaringoiatrica... L. 880», relativa all'Università di Genova;

A decorrere dal 16 ottobre 1920 sono soppressi gli assegni per le direzioni della clinica delle malattie nervose e della clinica psichiatrica presso l'Università di Roma ed è istituito un unico assegno di annue L. 880 per la direzione della clinica delle malattie nervose e mentali»;

A decorrere dal 16 ottobre 1920 sono istituiti gli assegni per la direzione del gabinetto di batteriologia presso l'Università di Napoli in L. 770 e per l'Accademia scientifico-letteraria di Milano in L. 770.

(Cogliamo l'occasione per rilevare l'esiguità ridicola degli assegni fatti ai nostri istituti clinici e scientifici).

L'assistenza sanitaria ai mutilati in Francia.

Una legge francese recante la data 31 marzo 1919 assegnava le cure sanitarie gratuite (mediche, farmaceutiche, ospedaliere) ai mutilati ed ai malati cronici di guerra (art. 64).

La legge riconosceva il diritto alla scelta del medico da parte degli assistiti e stabiliva il pagamento dei medici su tariffe da fissare in seguito ad intese con i rappresentanti autorizzati delle organizzazioni e dei sindacati professionali interessati.

Sono trascorsi due anni; in questo frattempo tutta la professione medica francese è stata in sommovimento, per definire la quota dei compensi; ma ancora non è stato possibile di giungere ad un'intesa. L'amministrazione delle Pensioni offriva da 3 a 4 franchi per visita a Parigi, da 2 a 3 nella provincia, ma i sindacati medici dei vari dipartimenti hanno chiesto molto di più. Nella sola Gironda si è giunti ad un accordo; altrove le trattative sono rimaste sospese e si è lontani dalla soluzione.

Per quanto le tariffe non siano ancora state definite, lunghe note trimestrali delle visite eseguite dai medici ai mutilati vanno accumulandosi negli uffici delle Prefetture e il Governo considera con spavento le somme colossali che esse importeranno. I sindacati medici fanno rilevare che, per quanto enormi siano tali somme, gl'interessi sacri delle vittime della guerra non debbono sacrificarsi a considerazioni di economia; che assegnare un compenso insufficiente ai medici, significherebbe recare un pregiudizio ai beneficiati, cui la legge conferisce il diritto a cure mediche serie e quindi senza limitazioni e ben retribuite.

Non si riesce a trovare una via di uscita!

Anche per la libera scelta sono insorte delle difficoltà: il ministro delle Pensioni intende che l'indennità chilometrica non debba mai superare quella che competerebbe al medico più vicino, il che limiterebbe la facoltà di scelta.

Denunzia obbligatoria dell'encefalite letargica in Francia.

Il Ministro francese dell'Igiene aveva chiesto all'Accademia di Medicina di Parigi, in data 28 gennaio 1921, di mettere allo studio l'eziologia della encefalite letargica e di suggerire le misure per combattere la malattia.

L'Accademia ha nominato una Commissione, composta dei membri Chauffard, Widal, Achard, Pierre Marie, de Lapersonne, Léon Bernard e Arnold Netter relatore, la quale, in esito ad una lunga relazione presentata all'Accademia nella seduta dell'8 marzo, ha proposto che, come misura profilattica, sia resa obbligatoria la denunzia, estendendola ai casi dubbi e assoggettandola a controllo medico; ha proposto inoltre di provvedere ad un isolamento relativo ed alla disinfezione degli effetti personali dei malati e degli ambienti ove questi hanno soggiornato.

Quanto all'eziologia, la relazione conclude che si tratta di un'entità morbosa a sè, distinta dall'influenza.

La Commissione crede che debba essere conservata la designazione di *encefalite letargica*, proposta da Costantino Economo innanzi alla Società di psichiatria e neurologia di Vienna, nella seduta del 17 aprile 1917, non solo per ragioni di priorità, ma perchè ricorda il sintoma più caratteristico e perchè è ormai consacrata dall'uso.

I medici austriaci contro gli scioperi.

Le organizzazioni mediche della Stiria votarono a Graz, il 10 marzo, il seguente O. d. G.:

«La disperata condizione economica e politica del nostro popolo, determina l'ineluttabile dovere, in ogni persona seria e ragionevole, d'intervenire con tutti i mezzi a sua disposizione per il mantenimento dei superstiti diritti d'ordine nello Stato.

«È dovere di noi medici di indurre il popolo a comprendere che con l'interruzione del lavoro nei servizi più vitali, quasi sempre senza adeguato motivo e certo senza alcuna seria utilità, il benessere comune e gl'interessi vitali dello Stato vengono danneggiati profondamente. Riconoscendo che nelle condizioni attuali questi scioperi non sono altro che una fraudolenta sragionevolezza, alla quale le masse, sedicenti mature nella politica, ma in realtà totalmente prive di criterio, si lasciano aizzare da parte di organizzatori di limitata coltura o senza coscienza, il corpo dei medici della Stiria, organizzato economicamente, reputa suo dovere di prendere con tutte le proprie forze posizione contro tali metodi che minacciano molto seriamente l'esistenza dello Stato e la possibilità di vita dei suoi abitanti.

«Ed a tale scopo rende pubblica questa decisione:

«Nel caso di uno sciopero nuovo, dichiarato manifestamente senza motivi qualificabili e che assuma tale sviluppo da intaccare seriamente gl'interessi della comunità, come nei servizi di trasporti o di poste e telegrafi o nell'approvvigionamento di carbone, luce e generi alimentari, *tutti i medici senza eccezione sospenderanno interamente la loro opera verso gli scioperanti e verso tutti i loro famigliari*».

Le condizioni sanitarie dell' Ungheria.

In Ungheria la mortalità dei bambini e la mortalità per tubercolosi sono diventate spaventose; a Budapest il numero dei morti ha superato, anche dopo la guerra, il numero dei nati vivi. Le statistiche pubblicate dal dott. Ferenczi provano che il numero dei bambini rachitici e tubercolotici raggiunge in Budapest la cifra spaventosa di 250 mila su una popolazione di circa due milioni. Si teme che quasi tutti i nati durante gli ultimi anni, sia per le privazioni delle madri, che per la mancanza di latte, siano votati alla tubercolosi.

Per la scienza tedesca.

Un comitato di scienziati olandesi ha aperto una sottoscrizione per sovvenire ai più urgenti bisogni dei laboratori e delle biblioteche tedesche.

Il banchiere Speyer di New York ha trasmesso alla città di Francoforte, di cui è oriundo, un milione di marchi per i bisogni dell'Università.

Vendita di materiale sanitario di guerra negli Stati Uniti.

Molto materiale sanitario residuato dalla guerra all'Esercito degli Stati Uniti, consistente in fasce e cotone idrofilo, è stato venduto alla ditta Thomson e Kelly di Boston: l'Intendenza ne ha tratto la somma di 1 milione di dollari (al cambio attuale 25 milioni di lire it.). La ditta di Boston presentò l'offerta più alta tra molte concorrenti. Le sole fasce rappresenterebbero una quantità bastevole a rifornire gli ospedali e i chirurghi di tutti gli Stati Uniti per almeno 18 mesi. Di cotone ve ne sono circa 2,250,000 pacchi da un'oncia.

Farmacopea scandinava.

Fra la Svezia, la Norvegia e la Danimarca si è stipulata una convenzione per preparare una Farmacopea unica.

Le colonie francesi hanno bisogno di medici.

I dottori in medicina forniti del diploma in studi coloniali sono richiesti per servire nei possessi francesi dell'Africa occidentale; i contratti di lavoro assicurano loro un compenso iniziale di 20,000 franchi, oltre 1500-2000 franchi d'entrata in campagna e 3000-5000 d'indennità diverse, complessivamente da 25 a 26,000 franchi, ossia incirca 50 mila lire.

Le altre grandi colonie francesi — Indocina, Madagascar, Africa equatoriale francese — faranno pure prossimamente appello ai medici civili d'Europa a condizioni analoghe.

I termini dei contratti e le formalità da adempiere saranno oggetto, tra breve, di annunzi ufficiali.

Per informazioni rivolgersi ai Consolati francesi.

Nella Russia dei Sovieti.

Ha chiuso i suoi lavori a Mosca il 1° Congresso Panrusso d'igiene pubblica. Vi hanno preso parte 250 delegati. Sono state lette 150 relazioni! Si sono approvate molte proposte sui servizi sanitari e sugli Istituti di cura.

***

Il Consiglio dei Commissari del popolo, residente a Mosca, ha decretato di abolire il pagamento dei medicinali, che verranno rilasciati gratis dalle farmacie su prescrizione dei medici.

***

In occasione del 25° anniversario della scoperta dei Raggi X, sarà inaugurato a Pietrogrado un monumento a Roentgen, al quale sarà dedicata anche una strada.

***

La repubblica tartara dei Sovieti ha costituito a Kasan un Istituto medico, con una sezione speciale per l'igiene del lavoro; vi prestano la loro opera un centinaio di medici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 11 Aprile 1921 — Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO FOTOTERAPICO
ANNESSO ALLA R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DI FIRENZE.

La depilazione col radium applicata alla cura dei tignosi.

LUIGI MAZZONI, aiuto
e VINCENZO PALUMBO, assistente.

Fino dal dicembre 1919 in occasione della riunione della Società di Dermatologia in Roma, in una nostra comunicazione preventiva, facemmo conoscere il resultato di un nostro metodo di depilazione con il radium applicato alla cura dei tignosi; successivamente nella riunione della Società stessa nel giugno 1920 a Bologna e nel Congresso della Società di Radiologia in Roma nell'ottobre 1920, ritornando sull'argomento, mentre confermavamo con presentazione di casi felicemente depilati i resultati dei nostri esperimenti, si dava anche conto delle ricerche fatte sulle alterazioni prodotte sul pelo dalle applicazioni di radium, sull'azione di queste sopra le culture ed infine si poneva in discussione quali fossero i raggi che esercitavano l'effetto depilante.

Oggi, a distanza di oltre due anni dall'inizio delle prime applicazioni, il metodo della radium-depilazione è divenuto per il nostro Istituto quello regolarmente in uso per la cura dei tignosi: e crediamo quindi di potere esporre più completamente il nostro metodo, aggiungendo quelle notizie che valgano a farlo meglio conoscere ed apprezzare.

Fummo spinti a provare questo metodo di depilazione dalla osservazione più volte fatta della perfetta alopecia che susseguiva ad ap-



Fig. 1.

plicazioni di radium fatte, per affezioni di diversa natura, su regioni coperte di peli: il *defluvium* avveniva in modo completo senza inconvenienti postumi e si aveva il ritorno successivo dei capelli quando l'applicazione era stata fatta in determinate condizioni di intensità, di durata e di filtraggio.

Volendo procedere ad una applicazione su tutto il cuoio capelluto occorreva escogitare anzitutto un mezzo che, ovviando alla difficoltà di ottenere una irradiazione uniforme, di intensità costante su tutti i campi, eliminasse i pericoli di una eccessiva dose e ci permettesse di usare praticamente del metodo, rimanendo nell'ambito della disponibilità del radium per queste speciali cure.

Abbiamo perciò cominciato dall'osservare, basandoci sull'azione riduttrice del radium sui sali d'argento di una lastra fotografica, la estensione della zona d'influenza esercitata dai singoli preparati di radium onde giudicare il campo di azione di questi sul tessuto da irradiare.

Le nostre ricerche nel campo fisico non avevano però esatta corrispondenza nel campo biologico, perchè, con la simultanea applicazione di più preparati contigui, si otteneva un campo d'azione più vasto di quello che sarebbe resultato dalla somma geometrica delle singole zone: è facile la spiegazione di questo fatto osservando che, all'azione diretta di ogni apparecchio di radium, si aggiunge quella dei fuochi incrociati in più campi ottenendosi così un rendimento massimo nella terapia.

Le nostre prime applicazioni pratiche furono fatte su malati di tigna favosa del capo i quali presentavano, per effetto della malattia stessa, chiazze alopeciche definitive: la nostra scelta era caduta su questi perchè minori fossero resultati i danni nella eventualità di una alopecia permanente quale postumo della radiumdepilazione: ci limitammo allora alla irradiazione di zone limitate per meglio determinare l'azione dei preparati in superficie, ottenere la depilazione uniforme e stabilire esattamente la qualità e lo spessore del filtraggio da interporre fra il radium e il cuoio capelluto onde potere escludere completamente l'azione dei raggi molli e dei raggi secondari che sono quelli che determinano fatti irritativi cutanei che volevamo assolutamente evitare.

Queste applicazioni di saggio furono seguite da ottimi resultati: la depilazione avveniva in un periodo di circa 15 giorni senza nessun fatto reattivo cutaneo e senza avere nelle zone intermedie ai vari preparati nè soprapposizione nè deficenza di irradiazione, cioè ottenendo

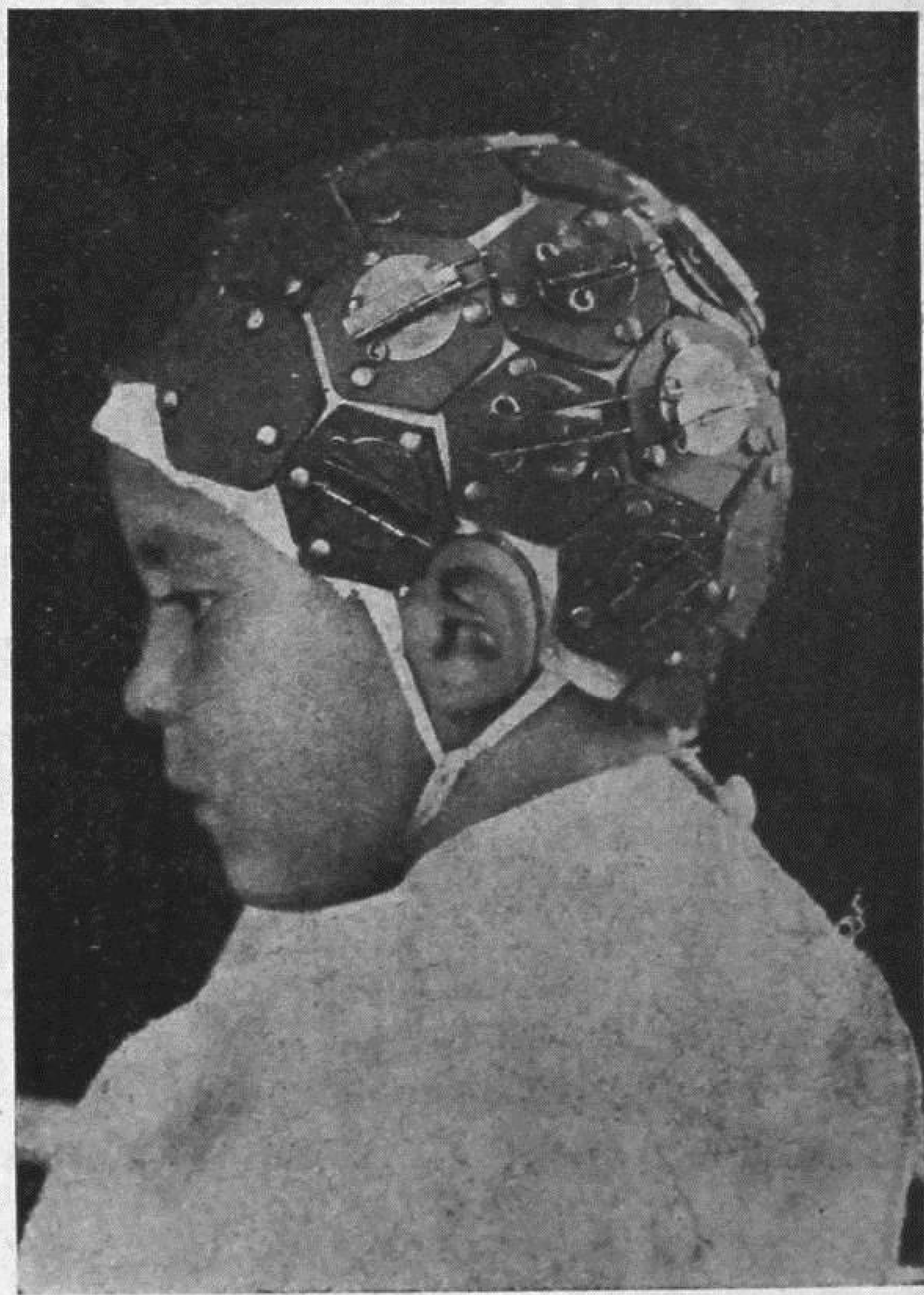


Fig. 2.

una depilazione completissima. Attendemmo il ritorno dei capelli nelle zone irradiate, e, appena avvenuto, dopo circa un mese dalla depilazione, ci siamo determinati ad estendere le

applicazioni ad intere regioni del cuoio capelluto. I resultati anche su vaste zone sono stati sempre ottimi così che potevamo pensare di



Fig. 3.

aver trovata la giusta dose e la appropriata distanza dei preparati necessaria per una completa depilazione. Di fatti avendo poi cercato, onde rendere minore la quantità di radio necessaria alla depilazione, di aumentare la distanza dei preparati fra loro (distanza che avevamo trovato nella misura di circa cm. 6) o di aumentare la distanza dal cuoio capelluto per tentare di utilizzare un maggiore cono di irradiazione emanante dal preparato, avemmo una depilazione incompleta fra le zone intermedie.

Restava così stabilito dalle nostre applicazioni felicemente seguite da perfetta depilazione e successivo ritorno dei capelli, che con i nostri preparati, che erano di circa 1 ctg. di $Ra\ Br_2$, era necessaria l'intercessione di una distanza di circa cm. 6 con filtraggio di 1 mm. di ottone e 4 mm. di guttaperca e una permanenza in posto per 24 ore.

Espletate così tutte le ricerche possibili nel nostro campo e sicuri ormai della efficenza e della bontà del metodo da noi ideato ci spingemmo a tentare senz'altro una irradiazione su tutto quanto il cuoio capelluto.

Applicazioni così estese richiedendo però una maggiore considerazione dal punto di vista della tecnica, ci siamo occupati senz'altro di trovare un sistema semplice e pratico che ci permettesse la fissazione dei vari preparati di radium sul cuoio capelluto con il minore disturbo dei pazienti di solito piccoli bambini, paurosi, irrequieti ed intolleranti: ci occorreva inoltre che il metodo di fissazione ci assicurasse anche la facilità di potere applicare successivamente i preparati che avevamo a disposizione anche in ben distinte sedute con la sicurezza di non ripetere l'applicazione su punti già trattati o trascurarne alcuno.

Dopo aver provato vari mezzi ne abbiamo adottato uno: il più semplice. Esso consiste nell'applicazione di una *callotta* (fig. 1) di garza inamidata preventivamente modellata sulla testa di ogni singolo malato, oltrepassante di circa 2 cm. la zona coperta da peli; su questa callotta vengono fissati i vari apparecchi contenenti il radium opportunamente filtrato (figura 2), in modo che la distanza fra di essi sia quella che la pratica ci ha confermata come giusta e cioè di circa 6 cm. fra preparato e preparato, e ciò è reso facile dalla forma esagonale degli apparecchi stessi che si adattano sulla callotta a guisa delle piastrelle di un impiantito. Rimessa a posto la callotta, questa viene fissata al capo a mezzo di una completa fasciatura (fig. 3) la quale serve anche



Fig 4.

a proteggere il radium da ogni possibile causa di danneggiamento.

Il numero dei preparati necessari alla totale depilazione del capo varia naturalmente a seconda della grandezza e della forma della

testa. Per la disponibilità del radium che l'Istituto possiede, poichè di consueto sono da 32 a 35 le zone da irradiare e noi possiamo

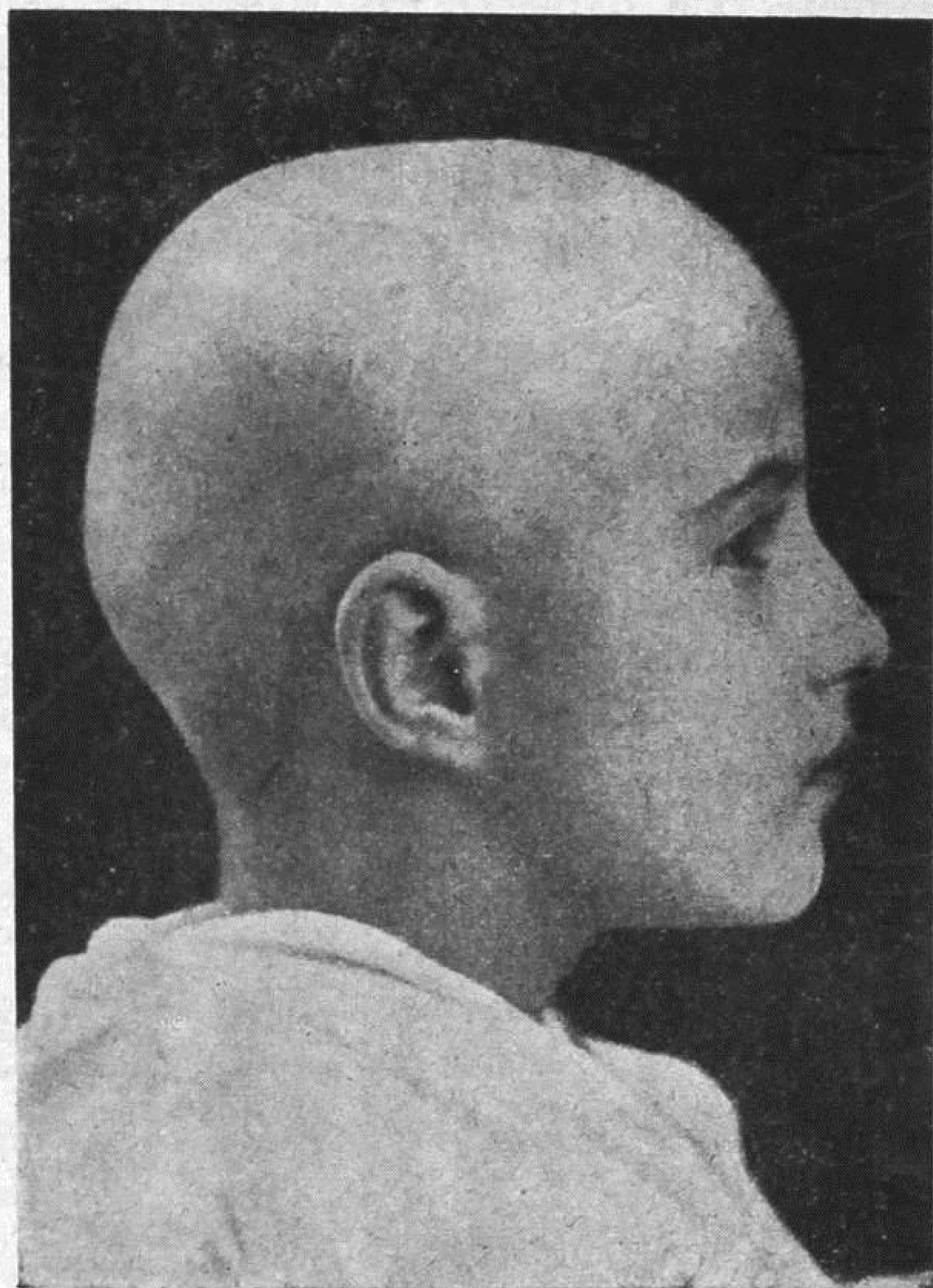


Fig. 5.

usare 19 apparecchi di un ctg., possono essere sufficienti, per ottenere l'intera depilazione, 2 sedute di 24 ore, cioè due giorni: la quantità di irradiazioni somministrate varia così dai 7680 agli 8400 milligr.-ore. Tentativi di rendere più breve la cura non ci hanno data la completa depilazione e perciò abbiamo dovuto attenerci al metodo del quale eravamo sicuri.

Quali sono i vantaggi di questo speciale metodo adottato da noi nella cura dei tignosi? Limitandoci per ora a considerare unicamente l'effetto depilante, essi vanno considerati sia in confronto agli altri metodi che in riguardo alle peculiari qualità del metodo in sè stesso.

In campo di terapia irradiante radio-attiva il solo paragone da citarsi è quello con il metodo della depilazione con i raggi Roentgen del quale, se applicato da mani esperte, non intendiamo certo diminuire il valore terapeutico.

La nostra callotta presenta principalmente il vantaggio di sfruttare l'uniforme e costante azione di una data quantità di sostanza radioattiva applicata nelle stesse condizioni di tempo e di filtraggio. Con la Roentgen-depilazione come per tutte le applicazioni di raggi X in generale, può cambiare da un momento all'altro, e per cause diverse, la quantità e qualità dei raggi nonchè l'azione stessa può essere differente per il variare della distanza fra anticatode e cuoio capelluto nonostante gli svariati mezzi escogitati per eliminare questa evenienza. Ciò premesso, è facile considerare come possa essere differente l'azione fra zona e zona, come fra individui e individui specialmente quando si debba agire su soggetti in tenera età, come avviene generalmente per la tigna (fig. 4).

La tollerabilità della callotta permette invece di poterla agevolmente applicare a soggetti irrequieti, che male si adatterebbero ad una cura dolorosa o ad una prolungata immobilità, assicurandoci che la distanza focale sia sempre uguale.

La speciale struttura della callotta amidata, adattabile quindi ad ogni forma cranica, permette di poterla suddividere in zone in modo che le applicazioni possono anche essere praticate successivamente, anche a giorni di distanza, con la sicurezza di evitare l'azione di sovrapposizione, quando si abbia cura di rimetterla a posto con la guida di punti fissi di repere già stabiliti sulla cute ai margini del cuoio capelluto. Questa facilità di poter togliere e rimettere la callotta radio-attiva dà la possibilità di interrompere eventualmente l'applicazione per le medicature che in casi complicati da forme suppurative possono essere necessarie.



Fig. 6.

Come si è sopra accennato la depilazione si inizia verso il 15° giorno ed è completa verso il 18° (fig. 5). È interessante notare come, tal-

volta, dopo la caduta dei capelli, permane una peluria diffusa a tutto l'ambito irradiato la cui caduta è successiva a quella dei capelli quasi che risentisse più tardi l'azione delle irradiazioni.

Il ritorno dei capelli si inizia in un periodo che va dai 25 ai 30 giorni dalla caduta completa, come conseguentemente alla depilazione coi raggi X: si ha da principio una diffusa crescita di peluria alla quale succede la rinascita dei capelli (fig. 6).

Durante il periodo di latenza, come durante il periodo dell'applicazione, i pazienti non hanno mai accusato alcun disturbo nè locale nè generale (non cefalea, non vertigini, non ipertermia, non forme asteniche) come non è stato notato alcun fatto reattivo della cute se si eccettua il lievissimo eritema in uno dei nostri primi casi di tigna favosa.

Nella ipotesi di possibile assorbimento in circolo di emanazioni di radium attraverso la irrorazione sanguigna sia del cuoio capelluto che cerebrale, abbiamo iniziato la ricerca della radio-attività nelle orine dei nostri pazienti dopo l'applicazione: uno solo dei primi casi presi in esame ci ha rivelato la presenza di radio-attività nelle orine emesse durante l'applicazione.

Quanto è stato sopra esposto a proposito della depilazione del cuoio capelluto, vale anche nei riguardi della depilazione temporanea della barba e dei baffi nei casi di tigna essendo la depilazione condizione *sine qua non* per la cura e la guarigione: cambia solamente il tipo dell'apparecchio che in questi casi invece di una callotta è una specie di mentoniera sulla quale in modo analogo si adattano i vari apparecchi di radium.

Nelle forme sicotiche non tricofitiche della barba e dei baffi i processi suppurativi cedono o si modificano moltissimo non appena è avvenuta la caduta dei peli: questo fatto che si verifica tanto nella depilazione ripetuta con le pinzette come anche in seguito alle applicazioni di raggi X è nella maggior parte dei casi transitorio, si ha cioè col ritorno dei peli il manifestarsi di nuove forme sicotiche.

Occorre allora modificare la tecnica per ottenere la guarigione definitiva che può essere conseguita solo a condizione di sacrificare definitivamente i peli provocando l'atrofia della papilla pilifera.

A proposito di depilazione definitiva possiamo per il momento semplicemente accennare come, sebbene i resultati finora ottenuti siano dei migliori e più rassicuranti, non c'è ancora possibile affermare un metodo speciale perchè troppo prematura sarebbe l'esposizione di una tecnica pratica e sicura come quella delle depilazioni temporanee: ci limitiamo però soltanto a render noto come i casi da noi depilati definitivamente (sicosi cronica del labbro superiore e ipertricosi della faccia) che abbiamo in osservazione, sono rimasti finora immuni da qualsiasi manifestazione reattiva sia immediata che a distanza di tempo: occorre però attendere il decorso ulteriore di questi casi e a distanza di qualche anno prima di poter emettere un giudizio definitivo al riguardo.

***

Qual'è il meccanismo della depilazione col radium e quale azione hanno le irradiazioni radio-attive nella terapia della tigna?

I raggi che vengono emanati dalla callotta da noi presentata sono del genere β duri e γ e dalle nostre ricerche resulta essere dovuto ad entrambe queste irradiazioni l'effetto depilante: qualora infatti noi agiamo con raggi γ puri, occorre raddoppiare la intensità degli apparecchi per ottenere la completa depilazione. L'azione di queste radiazioni radio-attive si esplica, molto verosimilmente, sulla papilla pilare estremamente sensibile e la cui funzione creatrice del pelo può essere per cause differenti sospesa, come nel caso della depilazione transitoria o addirittura annullata come nel caso della depilazione definitiva. Nel primo caso le irradiazioni radio-attive produrrebbero dei disturbi semplicemente distrofici a carico della papilla, mentre nel secondo caso ne provocherebbero l'atrofia completa determinando l'abolizione della funzione generatrice.

Allo scopo di indagare più da vicino sulle speciali alterazioni che si determinerebbero nella intima struttura cellulare del tessuto irradiato dalla nostra callotta, abbiamo eseguito dei preparati istologici su un pezzetto escisso dal cuoio capelluto tricofitico all'atto della depilazione: gli esami da noi praticati hanno dimostrato alterazioni che si possono compendiare in fatti di picnosi e carioressi dei nuclei e degenerazione vacuolare del protoplasma delle cellule della membrana di rivestimento della teca follicolare.

Dei granuli intensamente colorati in scuro e sparsi nello strato epidermico, sembrano verosimilmente provenienti dal prodotto di disfacimento della sostanza nucleare. Niente altro di notevole all'esame dei preparati che hanno dimostrato alterazioni istologiche del tipo di quelle generalmente osservate in tessuti esposti all'azione delle irradiazioni profonde del radium.

L'indagine in riguardo agli effetti terapeutici delle irradiazioni radio-attive sul parassita è stata da noi condotta con una serie di esperimenti sulle culture sia di tricophiton che dell'achorion Schönleinii onde potere osservare se e dentro quali limiti il radium esplichi una vera e propria azione parassiticida.

Noi abbiamo irradiato, da una parte, dei tubi di agar-maltosio subito dopo la seminazione di germi (tricophiti e achorion Sch.) provenienti da ceppi adulti identificati e, dall'altra, delle culture dei medesimi parassiti in via di completo sviluppo: orbene il fascio di raggi che fuoriusciva da uno degli apparecchi da noi usati nella nostra callotta nelle stesse condizioni di tempo e di filtraggio non produsse alcuna alterazione nè sullo sviluppo nè sull'accrescimento delle culture. Irradiando però le stesse serie di culture con la stessa quantità di radium, ma sotto vernice, in modo da agire coll'irraggiamento globale α, β, γ, nell'interno dei tubi a distanza di qualche millimetro dalle colonie (in modo da potere agire indubbiamente anche con l'irraggiamento α) sembrerebbe che si possa determinare una azione di inibizione temporanea e che non oltrepassi il periodo di due o tre settimane circa: questa sospensione della funzione vitale delle culture sarebbe quindi da attribuirsi all'irraggiamento α (concordemente a quanto è stato osservato operando con l'emanazione di Radium) dato che nessuna azione del genere si è avuta dai fasci di raggi profondi conformemente ai resultati ottenuti da diversi autori sperimentando con i raggi X.

L'argomento riveste certamente una notevolissima importanza e occorrono esperienze ripetute e lunghe osservazioni prima di pronunciarsi definitivamente al riguardo: sono in corso appunto degli studi nel nostro laboratorio e i resultati saranno raccolti a parte.

Dall'esito delle nostre ricerche si può quindi arguire essere la celerità della guarigione unicamente dipendente dal fatto della eliminazione di un grandissimo numero di germi con la caduta dei capelli; d'altra parte la perfetta calvizie temporanea che si determina in seguito all'applicazione rende facile l'eseguire ogni cura indicata nella tigna e più agevole la sorveglianza dei punti ammalati. È quindi da considerarsi un resultato degno d'attenzione il poter guarire questi ammalati in qualche mese (5 al massimo compreso il periodo di osservazione) mentre prima occorrevano degli anni non essendosi più da tempo praticata una depilazione col Roentgen sui degenti nella nostra Clinica. Questo fatto ha importanza anche dal punto di vista sociale allorchè si osservi che, a depilazione completa avvenuta è cessato quindi il pericolo di contagio, i malati possono essere senz'altro dimessi dall'Ospedale e seguitare la cura ambulatoriamente o al proprio domicilio con vantaggio non piccolo dei Comuni e delle famiglie al cui carico i tignosi sono ricoverati in Ospedale.

Oggi la depilazione col radium costituisce per noi la regola in questi casi: la difficoltà che nella pratica il metodo presenta è per noi sormontata dalla disponibilità degli apparecchi di radium che l'Istituto possiede e che ci permette di tenere occupato per la cura parecchi preparati senza per questo sospendere tutte le altre cure nelle quali occorre ricorrere a forti dosi del prezioso materiale.

I malati di tigna curati con applicazioni di radium furono dal gennaio 1919 al 24 febbraio 1921 n. 132: il periodo dei primi esperimenti fu dal gennaio al maggio 1919.

Al 24 marzo 1921 potevamo contare i seguenti resultati:

Tricofizia del capillizio:	
Guariti	N. 84
Depilati ma non riveduti	» 8
Depilati in osservazione	» 13
Depilati in cura	» 6
In attesa di depilazione	» 5
Tigna favosa:	
Guariti	N. 5
Depilati ma non riveduti	» —
Depilati in osservazione	» 1
Depilati in cura	» —
In attesa di depilazione	» —
Tigna della barba:	
Guariti	N. 5
Depilati ma non riveduti	» 2
Depilati in cura	» 1
In attesa di depilazione	» 2
Totale	N. 132

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CASTEL SAN GIOVANNI.

Contributo allo studio delle produzioni cistiche delle piccole labbra.

Nota del dott. BENEDETTO FORMIGGINI, chirurgo primario, libero docente di Clinica chirurgica e di Medicina operatoria.

Le formazioni cistiche delle piccole labbra non costituiscono certamente un'affezione rara; esse capitano però poco frequentemente alla nostra osservazione e ciò perchè non determinano disturbi o se li provocano, essi sono di così poca importanza da non richiedere l'intervento del medico. Questa forma morbosa non può presentare quindi grande interesse dal punto di vista clinico, ne offre all'incontro dal lato strutturale e specialmente patogenetico. Infatti i varii autori, invero non numerosissimi, che si sono occupati di questo argomento, hanno preso in considerazione quasi esclusivamente la struttura e la patogenesi di essa. Mi è sembrato perciò che, sotto questo aspetto, fosse degno di essere reso noto un caso occorsomi e che, secondo me, non è uno dei più frequenti fra quelli descritti fin qui. Si tratta di una donna (P. A., di anni 42, maritata, contadina, nativa di Castana, dimorante a Rovescala) entrata nell'ospedale di Castel San Giovanni il 5 febbraio 1920 per un'endometrite, conseguenza di un aborto e che presentava, aderente alla parte posteriore della faccia interna del piccolo labbro di sinistra, una cisti grossa come una noce. Questa produzione, asportata con estrema facilità, sezionando il corto e tozzo peduncolo che l'attaccava all'organo labiale, si dimostrò lassamente aderente alla cute che la ricopriva e, sezionata, lasciò uscire circa 5 cc. di liquido denso e di colorito roseo scuro. La parete, misurante in media ½ millimetro di spessore, divisa in varie porzioni, venne fissata, parte in alcool a 100°, parte in liquido di Müller e formolo, indi dopo i soliti passaggi inclusa in paraffina.

Le sezioni, praticate in senso perpendicolare alla superficie e colorate con ematossilina eosina-orange, ematosillina van Gieson, ematossilina orceina. Osservata al microscopio con diversi ingrandimenti (oculare 4 obbiettivi 2-5-8* Koristka), fecero notare quanto segue: procedendo dall'esterno verso la cavità, s'incontra un primo strato costituito da tessuto connettivo piuttosto compatto e presentante fibrille ondulate, assai addossate le une alle altre e disposte, nel loro decorso, in senso parallelo alla superficie cistica. Detto connettivo è ricco di nuclei ben colorati aventi prevalentemente una forma allungata quasi a bastoncino; altri però se ne riscontrano rotondeggianti, meno intensamente colorati e presentanti nel loro interno numerose fini granulazioni scure. In questo strato si rinvengono vasi sanguigni in discreto numero: sono arteriole, venule e capillari; le venule in qualche punto si presentano piuttosto dilatate.

Scarse le fibre elastiche e di dimensioni assai tenui, si ritrovano qua e là disposte o in piccolissimi ciuffetti od anche isolate in mezzo al connettivo ambiente, esse sono però in maggior numero nelle porzioni affatto superficiali.

Al suddescritto, fa seguito un secondo strato costituito da connettivo lasso, quasi reticolato, con nuclei numerosi e con numerosi vasi sanguigni piuttosto sviluppati. Quivi le fibre elastiche sono più abbondanti, pur non essendo in gran numero, e sono sparse qua e là senza ordine fisso. Verso la cavità cistica, questo connettivo va di nuovo condensandosi ed assumendo i caratteri della zona superficiale già descritta, forma un piccolo straterello sopra il quale, senza l'intermezzo di una membrana limitante, poggia l'epitelio di rivestimento. Non presenta però che rarissime fibre elastiche. In nessun punto si è osservato infiltrazione parvicellulare. L'epitelio di rivestimento è costituito da un unico ordine di cellule cilindriche alte e strette a contorni netti, con protoplasma abbastanza bene colorato e presentante numerosi e finissimi granuli di colorito più scuro. Il nucleo piuttosto voluminoso di forma prevalentemente ovalare, trovasi situato a metà circa del corpo cellulare ed è pur esso intensamente colorato dai colori nucleari. Il margine libero di questi elementi cellulari presentasi quasi ovunque ricoperto da ciglia lunghe e fini. In nessun punto della superficie interna della cisti si sono riscontrate disposizioni che potessero ricordare delle formazioni glandolari.

Questo reperto strutturale mi pare importante e certamente di difficile interpretazione tanto che, se a questo scopo richiamiamo alla nostra mente la costituzione anatomica delle piccole labbra, non troviamo, in via normale, nessun organo dal quale, la cisti da noi studiata, possa trarre origine. Infatti in questa parte degli organi genitali esterni femminili si rinvengono, oltre al rivestimento cutaneo, delle glandole sebacee in gran numero, dei vasi sanguigni e linfatici e del tessuto connettivo ricco in fibre elastiche. Ora gli unici elementi capaci di determinare produzioni cistiche, sono le glandole sebacee; ma in tal caso esse sono costituite da una parete connettivale rivestita all'interno da un epitelio pavimentoso stratificato, e perciò ben diverse dalla nostra; ed anche ammettendo che cisti pos-

sano derivare dalla possibile presenza di glandole mucose, o dagli spazii linfatici, secondo le idee di Lerat (1) per le prime, di Weber (2) per le seconde, queste sarebbero sempre di differente struttura, presentando un rivestimento epiteliale di cellule appiattite e più o meno rigonfie. Non ci rimane quindi altro che ricercarne l'origine o in organi presenti nei genitali esterni e di cui qualche porzione aberrante sia rimasta inclusa nelle piccole labbra, oppure in qualche inclusione embrionaria avvenuta nel periodo di formazione degli organi genitali. Alla prima categoria appartegono le glandole di Bartolino aberranti, le glandole periuretrali e i canali di Skene; alla seconda frammenti dei condotti di Müller e resti della parte inferiore del canale di Wolff o canale di Gartner.

Prendiamo ora in considerazione queste varie eventualità. Si sa che le glandole di Bartolino sono costituite da lobuli ed acini e da dotti escretori. I primi sono rivestiti da un epitelio caliciforme assai simile a quello che tappezza le glandole del collo uterino, i secondi sono rivestiti da un epitelio cilindrico nella loro porzione iniziale e da un epitelio pavimentoso stratificato, nella loro parte terminale. Le formazioni derivanti da queste glandole non possono quindi essere confuse colla nostra perchè dovranno essere rivestite internamente da elementi epiteliali del tipo succitato. Ed infatti esiste nella letteratura un caso di Müller (3) in cui una cisti, risiedente nel piccolo labbro nelle vicinanze dell'orifizio del canale escretore della glandola di Bartolino, presentava un epitelio a cellule arrotondate posto su membrana basale ed un altro pavimentoso stratificato. Le glandole periuretrali si riscontrano sempre nella regione del vestibolo attorno al meato; ora può accadere che nel momento della formazione del canale uretro-vescicale, per abbassamento dello sperone di Kölliker, un gruppo cellulare od un abbozzo glandolare sia trasportato nel tessuto mesodermico circostante e dia luogo, in seguito, ad una formazione cistica. In tal caso però il rivestimento epiteliale deve essere uguale od assomigliante a quello delle glandole uretrali vale a dire del tipo prismatico semplice. Ho accennato più sopra anche ai canali di Skene che, come è noto, sono due lacune iuxtauretrali contenenti delle vere cripte glandolari. Queste cripte, rivestite da epitelio pavimentoso stratificato, potrebbero prolungarsi nell'estremità anteriore delle piccole labbra e dar luogo a formazioni cistiche, ma, stando alle mie ricerche bibliografiche, non mi risulta che vi siano osservazioni le quali possano supporre una tale origine. Ci restano ora da considerare i canali di Müller e quelli di Wolff. I primi fusisi assieme nella parte media ed inferiore, fra la dodicesima e la ventesima settimana di vita intrauterina, danno luogo alla formazione della vagina, dell'utero e delle trombe falloppiane. Ora mentre nella parte tubaria producono un epitedio cilindrico a ciglia vibrattili, nella porzione inferiore o vaginale generano un epitelio pavimentoso stratificato caratteristico. Perciò anche ammettendo che, verso la metà della vita embrionaria, quando il cordone risultante dalla fusione dei due canali, emette ed invia nei tessuti circostanti numerosi prolungamenti, qualcuno di essi sia capace d'isolarsi e dar luogo poi alla produzione di una cisti, difficilmente si potrebbe concepire come questa potesse presentare un epitelio di rivestimento differente da quello vaginale. Si potrebbe supporre è vero che fra le cellule dell'epitelio primitivo del cordone genitale, qualche gruppetto ne esista che, isolatosi poi, abbia conservato in potenza i caratteri evolutivi verso l'epitelio tubarico, ma la supposizione mi sembra assai poco attendibile quantunque non completamente inverosimile. I secondi, che fanno parte del sistema urinario primitivo, nella femmina si atrofizzano quasi completamente; di essi persistono dei residui che sono noti col nome di corpo di Rosenmüller, d'idatide peduncolata di Morgagni e di canali di Gartner. Questi ultimi, che rappresenterebbero la porzione inferiore dei canali di Wolff sono quelli che maggiormente c'interessano. Essi sono stati descritti, specialmente in certi mammiferi, sotto forma di due condotti che costeggiando le pareti laterali dell'utero e della vagina si aprono in vicinanza del meato urinario. Nella donna tale disposizione è stata riscontrata sia da un solo che da entrambi i lati, ma mentre, secondo le ricerche di Rieder (4), questi residui embrionarii si limitano al collo dell'utero ed alla parte superiore della vagina, secondo il Klein (5) invece essi potrebbero giungere fino al margine libero dell'imene. Ora basandosi su quest'ultima evenienza si è pensato che, nel corso dello sviluppo, un frammento di questo canale abbia potuto essere trascinato nella regione vulvare ed abbia dato origine ad una produzione cistica. Il Weber ammette questa ipotesi come probabile ed asserisce che tale probabilità sarebbe ancor più sicura quando la produzione cistica è profondamente situata nello spessore del piccolo labbro, emana dei prolungamenti che si estendono lungo la parete supero-laterale della vagina fino al collo dell'utero, ha una parete connettiva non papillare contenente delle fibre muscolari ed un epitelio, sprovvisto di membrana basale, su uno o su parecchi strati di

cellule cubiche alte senza ciglia vibrattili, se del tipo embrionario o con ciglia vibrattili se del tipo adulto. Ma, per quanto io mi sappia, questi caratteri non sono mai stati riscontrati per intiero e la supposizione per l'origine wolfiana è stata basata quasi esclusivamente sull'aspetto dell'epitelio di rivestimento. A questa categoria potrebbero ascriversi un caso di Kummel (6), uno di Mayaldäes (7), uno di Bondi (8) e quello da me descritto più sopra.

Senonchè il Dufaut (9) considera questa patogenesi assai poco probabile o molto rara, Audebert e Mériel (10) l'ammettono soltanto per il caso di Bondi ed il Tourneaux (11) non si sente di accettarla, in modo particolare per il suo caso che presentava un epitelio di rivestimento prismatico semplice. Quest'ultimo autore penserebbe piuttosto ad un'inclusione della doccia uro-genitale, prodottasi al momento della formazione della parte preuretrale del vestibolo e della delimitazione delle piccole labbra. A me pure sembra che tutte queste ipotesi siano assai discutibili ed abbiano poco fondamento di verità e penso che, nel caso nostro, è forse più logico invocare, per l'origine, lo stesso processo da molti ammesso per le cisti dermoidi e per quelle che alcuni chiamano cisti mucoidi. Bisogna cioè riportarsi ai primi periodi della vita embrionaria quando la membrana anale risulta formata da una lamina ectodermica e da una endodermica non ancora differenziata. Può darsi allora che una porzione di lamina od un gruppo di cellule endodermiche primitive resti aderente all'ectoderma e venga poi incluso, nei successivi cambiamenti che daranno luogo alla formazione degli organi genitali esterni, nelle piccole labbra. Queste cellule portate in sito anomalo, nel loro ulteriore sviluppo, o conserveranno la struttura embrionaria oppure evolveranno verso un tipo cellulare differenziato a caratteri endodermici.

Nella mia osservazione il rivestimento epiteliale avrebbe conservato l'aspetto embrionario poichè, come si sa, il rivestimento endodermico generale, nei primissimi periodi di vita intrauterina, presenta un solo strato di cellule cilindro-cubiche in varii punti cigliate. Anche questa riferita, è pur sempre un'ipotesi come le altre, ma essa mi sembra più semplice e più logica di quelle che abbiamo più sopra riferito.

BIBLIOGRAFIA.

(1) LERAT. *Kyste des deux petites lèvres*. Bull. de la Soc. d'Anat. de Nantes, 1881.
(2) L. WEBER. Thèse de Paris, 1898.
(3) MÜLLER. *Zur Casuistik der Neubildungen am den aüsserenweiblichen Genitalen*. Berliner Klinische Wochenschrift, 1881, s. 449.

(4) RIEDER. *Ueber die Gartner'schen Kanäle beim menschl Weibe*. Virchow's Arch., 1884.
(5) KLEIN. *Ueber die Beziehungen der Müller'schen zu den Wolff'schen Gängen beim Weibe*. Münchener Medizinische Wochenschrift, 1897.
(6) KÜMMEL. *Ueber cystiche Bildungen in der Vagina*. Arch. f. path. Anat., 1888, Bd. 114, S. 425.
(7) MAYALDÄES. *Contribution à l'étude des Kystes séreux des petites lèvres*. Mémoires de l'Acad. de Méd., 1897, pag. 227 et 693.
(8) BONDI. *Zur Anatomie der Cysten der kleinen Schamlippe*. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XXVIII, 1908, n. 6.
(9) DUFAUT. *Kystes des petites lèvres*. Thèse de Toulouse, 1914.
(10) AUDEBERT et MÉRIEL. *Les kystes des petites lèvres*. Congrès National périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, Toulouse, septembre 1910.
(11) J. P. TOURNEAUX. *Sur un cas de kyste des petites lèvres*. Le Toulouse Médical, n. 4, 1er mars 1913.

NOTE E CONTRIBUTI.

Cura degli ascessi caldi con punture evacuative e consecutivi lavaggi con alcool.

Dott. LUIGI MORGANTE.

Non è mia intenzione di passare in rivista tutti i metodi di cura sin'oggi adottati per il trattamento degli ascessi caldi.

Pubblico questa nota preventiva per dimostrare che osservando pure il precetto dell'*ubi pus evacua*» sostituisco all'incisione e consecutivo drenaggio con garza, una puntura evacuativa (occorrendo varie punture evacuative) seguita da iniezione di alcool denaturato od etilico, ottenendo i seguenti vantaggi:

a) dolore ridotto al minimo, massime che le terminazioni nervose, in corrispondenza del punto maggiormente fluttuante e dove infiggo l'ago, sono quasi del tutto distrutte;

b) rapida guarigione e senza cicatrice, in un elasso di tempo che varia dai tre agli otto giorni o poco più;

c) caduta della febbre in ventiquattro ore;

d) risparmio della medicatura, oggi tanto costosa;

e) rapidità di preparazione sia della regione da operare, sia delle mani dell'operatore e sia ancora della siringa con i relativi aghi, servendomi per la disinfezione di solo alcool denaturato.

Ben sappiamo che l'alcool se non ha azione battericida, ha il potere però di fissare nella loro sede i germi profondi della cute, come risulta dalle esperienze dell'Haegler. Del resto in base a questo principio anche negli atti operativi più importanti, per la disinfezione

delle mani dell'operatore è giudicato sufficiente l'uso dell'alcool, secondo il suggerimento del Bruns.

L'esperienza batteriologica e clinica avrebbe dimostrato che con tale metodo si ottiene una disinfezione completa.

Il Grössich di Fiume aveva suggerito la disinfezione della cute con tintura di jodio al 12 ed anche al 15 %, con l'aggiunta — per suggerimento dello Schiassi — di joduro sodico o potassico nella quantità bastevole per mantenere sciolto tutto lo jodio nell'alcool.

Per essere giusti occorre dire che altri chirurghi, quali Landerer, Neüber, Mikulic, usavano prima del Grössich la tintura di jodio per l'antisepsi delle mani e degli spazii periungueali.

Lo Schiassi alla Società Medica Chirurgica di Bologna nella tornata del 28 maggio 1909 comunicava di avere abbandonato la tintura al 15 % per gli effetti caustici, mentre a questo titolo, sino a sei anni addietro, l'ho visto adoperare anche per la disinfezione vaginale ed endouterina nella clinica del prof. Mangiagalli presso gli Istituti superiori di Milano.

Ad evitare l'azione caustica, denunziata dallo Schiassi, negli Ospedali di Roma, ho visto adottare la tintura di iodio al 5 % di recente preparazione.

La farmacopea italiana adotta la soluzione 1: 12.

Qualche altro chirurgo adotta la soluzione della Farmacopea italiana, diluita con altrettanto alcool e cioè la soluzione 1: 24, che corrisponde a poco più del 4 %.

Senza volerlo, *currenti calamo*, ben mi accorgo di avere fatto il processo al metodo del Grössich di Fiume, e giacchè ci sono, ardisco di farla da giudice, esprimendo il parere, che formulo con una domanda, sotto l'aspetto di dilemma: È veramente lo jodio che ha azione disinfettante od invece è l'alcool che per la sua incontestata azione fissatrice dei germi, produce la disinfezione desiderata?

Agli studiosi dei gabinetti sarà facile la risposta, provando e riprovando.

A me, modesto libero esercente, lontano dai gabinetti e dagli ospedali, tocca soltanto di poter confermare con una congerie di casi clinici che la tintura di jodio, a qualunque titolo adoperata, provoca spesso delle dermatiti e molte volte mi ha fatto osservare sui fili di sutura, quanto comunicava lo Stretti della Clinica del prof. Ruggi alla Società Medica Chirurgica di Bologna e cioè la formazione di goccie di pus, cosa che non mi è capitato, adoperando alcool a 96°.

E ricordo, come controprova che nel gennaio dell'anno scorso trovandomi da medico militare in servizio civile a S. Sofia (Firenze) in un caso di estirpazione di cancro del labbro inferiore, brillantemente operato dal giovane e valoroso chirurgo dott. Germano Giovannetti, direttore di quell'ospedale, al quinto giorno, abbiamo notato dermatite e qualche goccia di pus sui fili di sutura. L'una e l'altro scomparvero applicando degli impacchi di garza con alcool denaturato.

E tralascio di dire che simili fatti constatai durante quattro lunghi anni negli ospedali e negli ospedaletti da campo, nel periodo della guerra. Solo aggiungo che in qualità di direttore dell'ospedaletto 153 di S. Martino di Quisca, ove mi arrivavano feriti direttamente dalla prima linea potevo constatare, quasi costantemente delle dermatiti e del pus attorno ai bordi delle varie e molteplici ferite, dermatiti tanto più pronunziate in quanto che la tintura di jodio veniva largamente usata sia ai posti di medicazione di prima linea, sia alle Sezioni di Sanità, da cui venivano inviati i feriti al mio ospedaletto.

Tante volte dovevo sbrigliare e sempre usando impacchi con alcool denaturato, riuscivo sempre a vincere e la dermatite e la suppurazione.

Chiusa questa lunga parentesi, non inutile del resto, continuo dicendo che assillato dal dubbio sul vero potere battericida dello jodio, ho concentrato il mio studio di modesto osservatore sull'alcool denaturato, adottandolo sempre per la disinfezione della cute, delle mani, della vagina e degli strumenti, anche in operazioni asettiche dell'occhio, della vagina, dell'utero.

Tutte queste osservazioni e constatazioni mi suggerirono l'idea di usare l'alcool per fissare i germi piogeni e quindi disinfettare le cavità ascessuali.

I risultati, sinora ottenuti, sono conformi alla mia aspettativa e per essere brevi, rassegno alcuni casi, dei più recenti: due adeniti da ulcere veneree, nettamente fluttuanti, guarite in tre giorni; un'adenite sottomascellare suppurata e datante da circa un mese, guarita in 5 giorni; una mastite e paramastite, consecutive a ragadi areo-capezzolari, guarita in otto giorni, dietro evacuazione di circa duecento cmc. di pus; in molti casi di foruncoli per i quali basta iniettare poche goccie d'alcool e si ottiene la guarigione in due giorni; due casi di vespaio alla nuca, nei quali iniettai qualche cmc. di alcool attorno alla zona di infiltrazione e nello spessore dei tessuti infiltrati, ottenendo la guarigione in cinque giorni, ecc.

E quanto ho esposto credo che sia sufficiente.

Ai colleghi tutti che mi han dato l'onore di leggermi, rivolgo la preghiera di non diffidare

e, trattandosi di operazioni che capitano tutti i giorni, di provare e riferire.

Mi riservo in un'altra nota quanto per ora sto studiando e precisamente la cura degli ascessi freddi, del piotorace, delle pleuriti e delle vaginaliti. Non ho la pretesa di avere fatto una grande scoperta, ma ho fortissimo il convincimento che i colleghi tutti presto mi daranno ragione e di essere riuscito a divulgare un metodo di cura che riesce sicuramente per la sua semplicità, per la sua innocuità ad alleviare le sofferenze di migliaia di pazienti.

So bene che se il mio metodo verrà adottato in larga scala, scontenterà qualcuno della nostra famiglia sanitaria e precisamente la classe dei farmacisti, ma di questo non mi preoccupo, soddisfatto che una siringa di dieci centimetri cubici, due grossi aghi, dell'alcool e della garza, sostituiscono tutto l'arsenale delle medicine e medicature sinora adottate.

Grotte, 9 ottobre 1920.

RIVISTE SINTETICHE.

Sistema nervoso e secrezione interna.

Dott. FILIPPO MOSCONI.

(Continuazione e fine, vedi fascicolo precedente).

Ipofisi. — L'ipofisi si compone di due lobi, l'uno anteriore — porzione ghiandolare —, l'altro posteriore — porzione infundibolare —, congiunti da una parte mediana. Entrambi i lobi devono essere riguardati, giusta le odierne vedute, quali ghiandole secernenti.

L'importanza di questa ghiandola, per la sua intima correlazione con il cervello, emerge evidentissima dalla profonda e grave cachessia, che consegue alla sua ablazione. Ciò che rivela quale funzione di primo ordine sia ad essa devoluta, e quanta perturbazione debba determinare anche nell'organismo umano il suo irregolare funzionamento.

Essenziale e dominante è la posizione, che essa occupa nel sistema plurighiandolare, avverandovisi la combinazione di ghiandola sanguigna e di parte cerebrale.

Abbandonata del tutto, come che destituita di ogni fondamento, è la teoria, secondo la quale un ufficio prettamente meccanico, regolatore della pressione sanguigna endocranica, verrebbe assegnata a questa ghiandola sanguigna cerebrale, la cui integrità, per la sua parte d'influenza sull'attività dell'organo centrale, varrebbe a garantire il decorso normale delle funzioni cerebrali.

Seria considerazione merita neppure l'altra teoria, la quale, rievocando la funzione, attribuita già da Descartes alla ghiandola pituitaria, di valere come nodo di congiunzione, in cui affluiscono tutti i fili della vita, la vorrebbe destinata a centro di coordinazione della maggior parte dei processi vitali, a sede della vita psichica, concezione in aperto contrasto con gl'insegnamenti della Fisiologia e della Patologia, che proclamano tutto il cervello organo di dette funzioni.

Esperimenti sull'animale contribuirono in parte a chiarire le funzioni dell'ipofisi, la cui eccitazione diretta opera, frequentemente, comparsa di crampi clonici o epilettici, che colpiscono l'animale particolarmente in sul finire dell'esperimento. Naturalmente qui ha una parte rilevante l'alterazione secretoria, che consegue all'eccitazione; e con l'esperimento concordano le esperienze cliniche, che assegnano, nell'etiologia dell'epilessia, una larga parte ai processi di ricambio materiale. Oltre a ciò si videro comparire nel coniglio, dopo eccitazione di lunga durata, manifeste erezioni.

Il quadro della cachessia ipofisipriva, che si manifesta dopo totale estirpazione della ghiandola, rivela alterazioni profondissime. Gli animali cadono in uno stato di completa indolenza, di profonda apatia e terminano finalmente nel coma. I cani, sottoposti alla stessa operazione, si fanno sorprendentemente silenziosi, indolenti, quasi immobili.

Risultati quasi identici diede l'estirpazione parziale del lobo anteriore: grande ottundimento psichico, specie emotivo, e letargia: inoltre manifesta regressione delle funzioni sessuali.

Validi punti di appoggio in proposito offre anche l'osservazione clinica.

Due sono i quadri morbosi, che sogliònsi far dipendere da alterazione patologica dell'ipofisi: acromegalia, distrofia adiposa genitale, caratterizzati da una serie di disturbi psichici, quasi identici: disinteressamento, apatia, indolenza, ottundimento emotivo. Compaiono anche, ma nello sfondo del quadro morboso, vizi d'intelligenza. Identiche sono pure le manifestazioni da parte dell'istinto sessuale: diminuzione della potenza, indebolimento o estinzione della libidine.

Da questo insieme di risultati clinici e sperimentali emergono due fatti principali: riduzione della vita di sentimento, perturbazione della vita sessuale. Ma mentre si afferma che l'ipofisi, specie il suo lobo posteriore, rappresenti un centro essenziale per il senso sessuale, non si accorda ad essa che un'influenza indiretta — spiegabile del resto con la sua intima connessione col cervello — sull'esplicamento della vita di sentimento, la quale, come funzione psichica, è emanazione diretta della corteccia cerebrale.

La non infrequente comparsa di letargia nell'acromegalia, d'insonnia nella distrofia adiposa genitale fu cagione che di recente si attribuisse a questa ghiandola una parte principale nella genesi del sonno. Ardua sarebbe al presente un'affermazione decisiva in merito. A produrre il sonno concorrono senza meno altri momenti; non ultimo, anzi essenziale e dominante, forse, un'azione plurighiandolare.

Siano ricordate, a tale riguardo, le malattie della ghiandola tiroide, nelle quali, in maniera del tutto analoga, salta agli occhi la sorprendente antitesi, per ciò che riguarda il sonno; nel Basedow insonnia, nel mixedema letargia.

Ad eccitamento diretto dell'ipofisi, così pure ad iniezione endovenosa di estratto ipofisario seguono: elevazione notevole della pressione arteriosa — meno potente, meno rapida, ma più duratura dell'adrenalinica — dovuta a contrazione delle arterie periferiche per azione diretta sulla muscolatura liscia; inoltre: rallentamento e rinforzo delle sistoli ventricolari. La remozione della ghiandola determina invece acceleramento del battito cardiaco. Sintomi, l'uno e gli altri, che rivelano l'indubbia influenza, che detta ghiandola esercita sull'apparecchio circolatorio. Veramente risultati identici — ipertensione arteriosa, rallentamento del ritmo cardiaco — si conseguono anche per eccitamento delle fibre centrali del vago. Siccome però il rallentamento del ritmo compare pure dopo il taglio del vago, anzi è stato osservato anche in cuori isolati di rana e di mammiferi, non sembra improbabile un'azione diretta del secreto ipofisario sulla muscolatura del cuore.

Siano ricordati anche, a proposito di questa ghiandola:

1° l'importanza, attribuita alla sua funzione nella patogenesi della poliuria essenziale;

2° la non meno importante e — a quanto pare — definitivamente accertata funzione regolatrice dello sviluppo corporeo;

3° la probabile sua influenza sul ricambio degli idrati di carbonio, messa in luce dall'adiposità ipofisaria;

4° uno stato speciale d'ipoeccitabilità del sistema nervoso simpatico, rivelato da talune osservazioni cliniche, ed attribuito a disfunzione ghiandolare nel senso di ipopituitarismo;

5° l'azione tonica sulla muscolatura liscia della vescica e dell'intestino;

6° e finalmente la potente azione contrattile sulle fibre muscolari dell'utero, specie dell'utero gravido.

Ed ora: quale è la posizione dell'ipofisi nel sistema plurighiandolare?

Si accennò dianzi alla sua eccezionale importanza quale ghiandola sanguigna cerebrale. Era stata rilevata già la sorprendente frequenza, con cui a malattie ipofisarie si associavano alterazioni di altri organi a secrezione interna; anche numerose ricerche sperimentali ne avevano posto in evidenza lo stretto, mutuo, alterno rapporto con quasi tutte le altre ghiandole sanguigne. Si aggiunga la dimostrazione — a quanto pare — anche per queste ghiandole, di un campo cerebrale di proiezione, e si avrà quanto basti per avanzare l'ipotesi, che dall'ipofisi irradino azioni su le altre ghiandole a secrezione interna, che essa rappresenti nel sistema plurighiandolare un centro, forse l'unico centro cerebrale, deputato al mantenimento dell'equilibrio endocrino generale.

Dalla conoscenza che i due lobi dell'ipofisi, oltre che separati da una parte mediana, sono anche embriologicamente e per struttura diversi, spontanea sorge la domanda: hanno essi funzioni comuni, ovvero separate e distinte?

Si è asserito che il lobo anteriore sia indispensabile per la conservazione della vita, ciò che non sarebbe dimostrato per il lobo posteriore. Ma se è vero — secondo si afferma — che il taglio del peduncolo dell'ipofisi sia un intervento mortale, anche se lasciata la ghiandola nell'organismo, fatto che suonerebbe: improvvisa interruzione del flusso regolare del secreto del lobo posteriore dall'infundibulo al terzo ventricolo, e conseguente sottrazione all'organismo di sostanze, necessarie per il mantenimento delle funzioni normali della vita: se si tengono presenti recenti risultati sperimentali, comprovanti l'importanza essenzialmente vitale del secreto del lobo posteriore, non potrà non accordarsi a questo, per il mantenimento della vita, lo stesso alto significato, attribuito al lobo anteriore.

Neppure le due malattie ipofisarie — acromegalia e distrofia adiposa genitale — proiettano un po' di luce sulle funzioni pertinenti a ciascuno dei due lobi.

Si afferma — come causa patogenica — per l'acromegalia ipersecrezione del lobo anteriore; per la distrofia adiposa genitale discordi sono le opinioni; v'ha chi ammette iposecrezione del lobo posteriore, chi dell'anteriore, e non manca chi, appoggiandosi a reperti ipofisari negativi in taluni casi di distrofia adiposa genitale, ne trasporta la sede al di fuori, avanzando l'ipotesi di un'origine estraipofisaria. E si citano, a sostegno delle rispettive vedute, fatti sperimentali e osservazioni cliniche. Siccome però stà di fatto che l'iposecrezione, sperimentale o clinica, di uno dei due lobi genera ogni volta la malattia, e non essendo possibile farla dipendere, arbitrariamente, ora

dall'uno ora dall'altro a conciliare le discordanti opinioni, si è ricorso all'ipotesi — dato lo stretto rapporto di correlazione dei due lobi — di un appoggio scambievole nella loro azione, di una mutua cooperazione; aumenta — si è detto — la secrezione di uno, aumenterà anche quella dell'altro e viceversa. Ma non si è pensato che, se così fosse, nell'acromegalia, posta in nesso genetico con ipersecrezione del lobo anteriore, dovrebbe di conseguenza anche il lobo posteriore secernere in misura maggiore, ed ora verrebbero alla luce nel riguardo psichico sintomi, opposti a quelli, osservati nella distrofia adiposa genitale, ciò che assolutamente non è. Da questo contrasto di vedute unica conclusione a trarsi è, che al presente grande incertezza, molta oscurità regnano ancora sulle funzioni della ipofisi in genere e su quella dei due lobi in ispecie. Certo validi argomenti, tratti dalla Clinica, e dalla Sperimentazione, militano in favore di funzioni proprie e speciali per ciascuno dei due lobi; ma quali esse siano e di quanta importanza deciderà l'avvenire.

Si accennerà di volo che varie funzioni sono state di recente aggiudicate pure alla parte intermedia dell'ipofisi, importantissima, fra le altre, quella in compartecipazione del lobo posteriore, di regolare il ricambio acquoso e la secrezione renale, funzioni, sulle quali — trattandosi d'indicazioni vaghe ed incerte — non è possibile al presente esprimere un qualsiasi fondato giudizio.

Fino ad ora si è parlato soltanto di secrezione aumentata e diminuita, e si è posta a fondamento del quadro morboso dell'acromegalia ipersecrezione del lobo anteriore, di quello della distrofia adiposa genitale, iposecrezione dei due lobi. Ma per la genesi delle malattie ipofisarie potrà escludersi il contributo di altre ghiandole sanguigne, contributo, intraveduto già nell'acromegalia? Dovrà o no accordarsi una parte, oltre all'iper- e iposecrezione, anche alla dissecrezione? In caso affermativo, in quale misura vi concorreranno questi due nuovi fattori?

Ecco altrettanti problemi, che aspettano una soluzione.

Ma qui, per non correre il rischio di uscire da un campo d'ipotesi per inoltrarsi in un altro, giova far punto, in attesa che uno studio più profondo della composizione e natura chimica dei secreti delle ghiandole a secrezione interna, un ulteriore lavoro sperimentale, ed una più larga osservazione clinica e anatomopatologica valgano a chiarire le molteplici e indubbiamente importanti funzioni della ipofisi e a dar loro definitiva sanzione.

Ghiandola pineale. — La ghiandola pineale, anch'essa, come l'ipofisi, ghiandola sanguigna cerebrale, occupa un posto speciale nel sistema plurighiandolare. Ben poco si sa della sua funzione; solo talune osservazioni cliniche, pubblicate di recente, valsero a fare un po' di luce. E queste riguardano casi di teratoma della ghiandola pineale infantile. Il decorso clinico di questi tumori fu contrassegnato da uno sviluppo progressivo dei caratteri sessuali secondari, così pure delle funzioni proprie sessuali, sviluppo, che si accompagnò, talvolta, anche a precocità psichica. Ora sapendosi che il tessuto del corpo pineale all'inizio della pubertà cade in una parziale involuzione, è logico supporre che a diminuzione della sostanza ghiandolare debbasi l'avviamento al sopravvenire dei fenomeni di maturazione, non altrimenti che, nel teratoma, la distruzione del tessuto pineale favorisce lo sviluppo sessuale dell' organismo in via di crescita. Questa analogia di rapporti fisiologici e patologici trova sufficiente spiegazione nella ipotesi, che il corpo pineale, normalmente funzionante, rappresenti un potere inibitorio sullo sviluppo dei sintomi somatici e psichici di maturazione.

Timo. — Della ghiandola timo si sa soltanto che ne fu osservata, talvolta, la permanenza nel Basedow, nell'acromegalia, nella miastenia. Le alterazioni psichiche, manifestatesi nell'animale timoectomizzato, appaiono troppo incerte per essere rilevate.

Pancreas. — Colla scoperta del diabete pancreatico, ottenuto sperimentalmente nell' animale, parve finalmente, oltre che assegnata al pancreas la sua funzione endocrina, trovata anche la via retta per la soluzione della tanto discussa questione dell'origine e natura del diabete. Infatti la scoperta di Moring e di Minkowski autorizzò a riferirne la genesi a diminuita o mancante secrezione pancreatica. E l'Anatomia patologica contribuì — per quanto apparve — ad avvalorare l'esattezza di questa veduta, avendo potuto dimostrare nel maggior numero dei casi di diabete atrofia del pancreas. Però fin da principio si fecero palesi taluni punti oscuri, che posero in guardia l'attento osservatore.

Vi era, dapprima, il fatto indiscutibile, che l'atrofia del pancreas non si trovava in tutti i casi. In secondo luogo parve strano il completo fallimento dell'Opoterapia. Perchè, se si trattasse di secrezione pancreatica semplicemente diminuita, la somministrazione di sostanza ghiandolare attiva non dovrebbe giovare, come giova nel mixedema?

Non essendosi potuti negare, non ostante le avanzate obbiezioni, nè l'esisteza effettiva di una secrezione interna del pancreas, a sufficienza dimostrata dai noti esperimenti di trapiantazione, nè il significato di detto secreto nella genesi del diabete, si affermò, a dissipare quei punti oscuri, oltre l'iposecrezione pancreatica, l'entrata in azione di un secondo fattore, che si volle trovare nel sistema nervoso. E la scoperta della glicosuria adrenalinica sembrò appoggiare questa veduta. Il secreto delle capsule surrenali aumenta — così si ammise — la quantità dello zucchero nell'organismo. E siccome vi sono accenni ad un certo antagonismo fra capsule surrenali e pancreas si estese questo preteso antagonismo alla fattispecie della produzione dello zucchero e si disse: il secreto del pancreas impedisce, per mezzo del simpatico, la produzione dello zucchero nello organismo, l'adrenalina invece, per mezzo dello stesso nervo, la promuove. Ammettendo, adunque, un'azione combinata del pancreas e del simpatico, potrebbe aversi — così si concluse — la soluzione dell'intricato problema. Ma non v'è chi non veda come questa concezione della genesi del diabete sia del tutto ipotetica, come ipotetico è pure l'antagonismo fra le due ghiandole, pancreas e capsule surrenali.

Più fondata è l'opinione, che considera il diabete espressione non di sola iposecrezione pancreatica, ma anche di viziata secrezione, di manchevole elaborazione della sostanza ghiandolare. A tal modo si spiegherebbero, anzitutto, i casi anatomicamente negativi. In questi la funzione del pancreas sarebbe danneggiata nel senso di una dissecrezione, ipotesi non del tutto vuota, potendosene avere il controllo in vita con i metodi di Abderhalden. Inoltre sarebbe ricondotto al suo giusto valore il concetto di funzione e di alterata funzione.

In secondo luogo, con una dissecrezione, si chiarirebbe anche il fallimento dell'Opoterapia in quasi tutte le malattie da secrezione interna. Un organismo, il quale, sotto il dominio di determinate influenze, perde la capacità di elaborare completamente ed esattamente i prodotti delle ghiandole sanguigne — nel caso speciale del pancreas — non può elaborare regolarmente neppure quelli introdotti dal di fuori, ma deve trasmetterli al torrente sanguigno, come se provenienti dalle rispettive ghiandole. In questi casi la guarigione potrà non avvenire. Di ciò si avrebbe conferma nel fatto, che somministrazione di estratto fresco del pancreas all'uomo e agli animali diabetici, anzi che diminuire, aumenta la quantità dello zucchero nell'urina; non solo, ma negli animali normali provoca azione tossica, anzi, talvolta, letale. Alterazione quantitativa e qualitativa ad un tempo, che è quanto dire alterazione combinata (ipo + dissecrezione), starebbe adunque a fondamento del diabete.

Ma qui giova osservare che, quantunque in niun modo possa equipararsi il diabete, prodotto sperimentalmente nell'animale, con il diabete nell'uomo, il processo morboso sì nell'uno che nell'altro caso è conseguenza della stessa causa, e come tale si considera un'alterazione del ricambio organico, consistente, secondo la opinione finora invalsa, nella insufficiente o mancante normale distruzione dello zucchero, che si produce nell'organismo, secondo moderne vedute, nel mancante impedimento alla produzione di esso. Peraltro qualsiasi delle due interpretazioni voglia accettarsi, resta immutato che la glicosuria sarebbe in dipendenza, nel diabete degli animali, di assoluta soppressione del secreto pancreatico, in quello dell'uomo, di diminuzione di quantità di detto secreto, associata ad alterazione di qualità. Certo la identificazione dei due processi non ha giovato alla conoscenza della natura del diabete.

Un accenno, in rapporto alla patogenesi del diabete, anche all'opinione di una alterazione endocrina plurighiandolare, diversa secondo le differenti forme cliniche.

A riguardo anche del pancreas si deve pur troppo fare la constatazione, che le vedute teoretiche, cui si è giunti dopo lunghi anni di studio, non concordano con le esperienze della realtà. Certo la scoperta del diabete pancreatico sperimentale segna la prima grande tappa verso la soluzione del complesso problema.

Ghiandole embrionali. — Nella loro varietà, nei loro tratti fondamentali poco note sono le funzioni delle ghiandole embrionali; così pure non abbastanza chiari appaiono i rapporti fra queste e sistema nervoso.

Certo una grande affinità esiste fra cervello e organi genitali. E l'esempio più istruttivo di questa intima simpatia è data dalla grande rivoluzione psichica, che accompagna lo sviluppo del sistema nervoso al tempo della pubertà, quando, al dire di Goethe, sopravviene il destarsi d'impulsi sessuali, che si vestono di forme psichiche, e di psichiche necessità, che si vestono d'imagini sessuali. La vecchia teoria di Gall, ripetutamente controllata poi, la quale mise in connessione le funzioni sessuali con il cervelletto non ha dato finora che scarsi risultati. Nel cervello umano dei castrati nulla si è rivelato di anormale, nel cervello dell'animale castrato si sa soltanto che esso è più piccolo di quello dell'animale normale.

L'istinto sessuale è funzione delle ghiandole

embrionali: però non può escludersi, per tutta una serie di fatti fisiologici e patologici, la partecipazione anche del cervello. La teoria di Gall, che pone la sede della libidine nel cervelletto, è del tutto arbitraria.

Lo sviluppo dei caratteri secondari sessuali è opera del secreto delle ghiandole embrionali in maturazione. Veramente è ancor dubbio se questo prodotto ghiandolare rappresenti la sola forza impellente nella maturazione dell'organismo, ovvero, siccome è probabile, vi concorrano altri fattori. E siccome, anzitutto, sono i teratomi della ghiandola pineale infantile, che condizionano precoce sviluppo della sfera genitale, mentre, contrariamente a ciò, nei tumori dell'ipofisi le ghiandole embrionali si atrofizzano e il segno netto dei caratteri secondari sempre più si cancella, appare non dubbia un'azione del cervello sul sistema genitale.

Nel decorso di psicosi croniche compaiono, talvolta, anomalie dei caratteri secondari sessuali, p. es. crescimento della barba nelle donne. Con manchevole sviluppo di detti caratteri va di pari passo, non infrequentemente, la degenerazione psicopatica. Il quadro morboso dell'infantilismo presenta, insieme coll'abito infantile di tutto il corpo, deficiente sviluppo psichico. Anche la castrazione, tanto nell'uomo che nell'animale, fornisce importanti punti di appoggio. La estirpazione delle ghiandole genitali, intrapresa nella prima età della vita, impedisce somaticamente lo sviluppo dei caratteri secondari sessuali, genera nel riguardo psichico torpore intellettuale, modifica la vita di sentimento, modificazione, che si manifesta ora con tendenza alla depressione, ora con elevata irritabilità, con aumentata eccitabilità. Se, adunque, perturbamenti psichici, ora causa, ora effetto di alterata sfera genitale, decorrono paralleli con anomalie di sviluppo dei caratteri secondari sessuali, è logico inferirne che questo sviluppo sia opera non soltanto delle ghiandole genitali, ma anche dell'organo centrale. Dire fin dove giunga l'azione di questo non è al presente possibile. Potrà forse pensarsi che, sotto l'azione delle ghiandole embrionali in via di maturazione, il primo impulso allo sviluppo della pubertà parta dal cervello.

Anche l'origine di neurosi, di psico-neurosi è stata messa in legame con le diverse fasi di secrezione delle ghiandole embrionali. I primi sintomi dell'epilessia, dell'isteria si manifestano, frequentemente, negli anni della pubertà. Parimenti in questo periodo compaiono, non di rado, i primi attacchi di psicopatia maniaco-depressiva. Alla castrazione artificiale, alla menopausa seguono, talvolta, gravi stati depressivi. S'andrebbe tropp'oltre asserendo che queste malattie siano specifiche di un determinato periodo di secrezione di dette ghiandole; solo può dirsi che lo stabilirsi e l'estinguersi della loro funzione creino condizioni predisponenti al loro sviluppo.

Anche la demenza precoce, questa imagine della pubertà, di cui riproduce i caratteristici segni psichici, questa non infrequente compagna dei processi di riproduzione — età dello sviluppo, attività generativa, menopausa — fu posta in nesso causale con alterazioni delle ghiandole embrionali non solo, ma considerata quale espressione di probabile intossicamento dell'organismo per opera delle medesime, intossicamento, che, danneggiando determinate funzioni psichiche, ne produrrebbe il quadro morboso tipico. È questa concezione genetica della demenza precoce troverebbe conferma nelle ricerche del Fauser, il quale, per il primo, dalle investigazioni di Abderhalden trasse applicazioni pratiche per la Psichiatria, che presenta ancora tanti problemi insoluti. Egli riuscì, infatti, in determinate malattie psichiche (psicosi nel Basedow, demenza precoce, psicosi luetiche, metaluetiche) a dimostrare nell'apparecchio circolatorio sostanze estranee al sangue. Se, adunque, nella pluralità dei casi di demenza precoce si trovasse con certezza nel sangue sostanza delle ghiandole embrionali, si dovrebbe onestamente concedere che finalmente si sarebbe aperta la via, percorrendo la quale, si potrebbe giungere all'esatta conoscenza di talune psicosi. Indubbiamente scarsi, sebbene di alto significato, sono i risultati, conseguiti finora dal Fauser. Ma se questi saranno guida e sprone ad ulteriori e più larghe ricerche, a studi più profondi per la conquista di sempre più alti ideali, si perverrà forse un giorno ad una terapia specifica delle malattie psichiche, *quod est in votis*.

Si accennò dianzi, a proposito della tetania, della paralisi agitante, della miotonia, mioclonia e miastenia grave pseudo-paralitica, al significato pratico di una ricerca nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano di elementi ad essi estranei. Ora si aggiungerà che ricerche in questo senso potranno intraprendersi anche per altre malattie psichiche e nervose. Così nella demenza precoce potrà saggiarsi nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano sostanza delle ghiandole embrionali e della tiroide: nella psicopatia maniaco-depressiva, che sì scarso materiale ha fornito finora, sostanza del cervello, della tiroide e delle ghiandole embrionali; nell'epilessia pure sostanza del cervello delle

ghiandole embrionali e delle paratiroidi; e finalmente nell'isteria, che sì stretti legami ha con il sistema genitale, sostanza delle ghiandole embrionali. Sarebbe un fuor d'opera insistere sull'importanza pratica di queste ricerche.

Una parola ancora sul significato pratico delle ghiandole sanguigne in Psichiatria.

Nel silenzio dell'Anatomia patologica nella massima parte delle malattie psichiche, è bene afferrarsi ad ogni sostegno, che si offra, valevole a chiarirne la patogenesi. Nel bilancio del tutto incerto della così detta disposizione nervosa deve includersi, come importante fattore, anche il sistema pluri-ghiandolare, del quale non è possibile valutare ora nè la misura, nè la portata.

A proposito del sistema plurighiandolare non sarà inopportuno aggiungere, che le relazioni fra le varie ghiandole endocrine, rilevate in questi ultimi tempi, fanno già intravedere la complessità dei sintomi clinici delle così dette sindromi plurighiandolari, dallo studio sistematico delle quali, anche nei loro rapporti col sistema nervoso, dipenderà l'avvenire dell'Endocrinologia.

Vi sarebbero da ricordare ancora molte altre particolarità, riguardanti sistema nervoso e secrezione interna; queste però non muterebbero il quadro d'insieme, e neppure chiarirebbero maggiormente i problemi, che agitano i cultori di questa branca delle scienze mediche.

Mille e mille fili sottili legano insieme sistema delle ghiandole a secrezione interna e sistema nervoso. Alterazioni patologiche delle ghiandole sanguigne producono quadri nosologici, soliti a registrarsi quali malattie nervose: malattie del sistema nervoso provocano frequentemente alterazioni patologiche delle ghiandole sanguigne: a traumi psichici seguono non raramente Basedow, diabete, ecc. Un'osservazione, anche superficiale, degli indicati rapporti vale a indurre il convincimento, che il sistema plurighiandolare rappresenta un sistema organico neuro affine e che indispensabili l'uno all'altro sono, fino ad un certo grado, i due sistemi, la cui comune funzione, il trasporto di eccitamenti, sembra, anzi, riunire in un unico sistema.

Dopo ciò parrà ingiustificata, o, quanto meno, prematura l'affermazione, che tutte le azioni delle ghiandole sanguigne si compiano per intermezzo del sistema nervoso? Certo non sempre, a sostegno, possono addursi prove dirette; anzi taluni fatti, per quanto appare, starebbero a dimostrazione del contrario. Peraltro, tenendo conto delle azioni combinate di talune ghiandole sanguigne, collegando i risultati clinici e sperimentali, avvisandone le relazioni, mettendone in accordo le induzioni, si perverrà a ritenere, forse, non improbabile questa maniera di concepire gli stretti, mutui, indiscutibili legami, che si manifestano in molteplici fenomeni della vita, fra sistema delle ghiandole sanguigne e sistema nervoso.

A spiegare il rapporto, in cui stanno le due parti di questo grande sistema, è d'uopo riafferrarsi al concetto del tono nervoso, il quale, pur non essendo ancora ben definito, ha resi, non pertanto, indubbi e segnalati servigi in Neurologia.

Tono significa tensione; tono del sistema nervoso, adunque, è un certo stato di tensione, in cui è esso tenuto per opera di determinati momenti. Due sono i fattori essenziali, che costituiscono il grado di tensione di un determinato distretto nervoso, la sua capacità a reagire, la sua conducibilità. La prima si determina dalla rapidità, con cui il nervo riceve l'eccitamento, la seconda dalla velocità, con cui questo è trasmesso. Il concetto di vagotonia e simpaticotonia, accennato più sopra, mostrò che il secreto della ghiandola tiroide ipertrofica agiva in taluni individui sul tono del simpatico, in altri su quello del vago. Alle ghiandole sanguigne spetterebbe il compito di regolare il tono di determinati territori nervosi, tanto nel senso di elevamento che di abbassamento di esso. I loro prodotti, destinati a mantenere a proporzionata e durevole altezza la capacità di reazione e di conduzione del sistema nervoso, rappresenterebbero, adunque, per questo sistema eccitamenti chimici, i quali, affluendovi di continuo su determinate vie, varrebbero ora a promuoverne, ora ad ostacolarne l'azione. E di siffatti eccitamenti sembra che il sistema nervoso abbisogni, come si sa dalla Patologia, per bastare pienamente al compimento delle proprie funzioni.

L'eccitamento tonico, che irradia dalle ghiandole sanguigne, si estende su determinati territori nervosi, sul cervello e fors'anche sulla midolla spinale da una parte, sul sistema vegetativo, autonomo e simpatico, dall'altra.

È da tempo che si cerca per il sistema plurighiandolare, un principio ben fondato di divisione. Le affinità specifiche delle ghiandole sanguigne per parti diverse del sistema nervoso sembrano soddisfare a tutte le esigenze. In cima stanno l'ipofisi e la ghiandola pineale, le quali, come parti anche cerebrali, occupano una posizione dominante — ghiandole sanguigne cerebrali. — Le capsule surrenali rappresentano il tipo di una ghiandola sanguigna simpaticotonica; ugualmente il pancreas: quelle agiscono

elevando, questa abbassando il tono del simpatico. La ghiandola tiroide è il prototipo di una ghiandola politonica, che influenza cervello, simpatico e sistema del vago. Anche le ghiandole embrionali sono forse organi politonici; di queste è accertata soltanto la loro affinità per il cervello, non ancora è chiarita la natura delle altre affinità. Le paratiroidi sono da caratterizzare, forse, come ghiandole spino-toniche. Il sistema plurighiandolare, adunque, apparirebbe dotato della capacità di regolare il tono di determinati territori nervosi, e al compimento di questa funzione le singole ghiandole sanguigne parteciperebbero in virtù di specifiche affinità.

Queste considerazioni non sono senza valore neppure nel riguardo terapeutico. Essendo che le malattie delle ghiandole sanguigne producono cambiamento essenziale di tono nel rispettivo territorio nervoso, e da questo cambiamento origina il maggior numero dei fenomeni morbosi, una terapia causale dovrebbe mirare, anzitutto, a ricondurre le rispettive ghiandole sanguigne alla secrezione normale. Ove ciò non riesca — e non è infrequente il caso — si potrà pensare a regolarizzare il turbato neurotono per altra via. Prendendo, come esempio, la malattia di Basedow, nella quale esiste aumentato tono del simpatico, una riconduzione alla norma dell'aumentata tensione nervosa sembra a priori possibile — a prescindere dalla strumectomia e dalla cura antitiroida — o per impiccolimento della superfice attaccata del corrispondente territorio nervoso, ovvero cercando di limitare la secrezione della ghiandola malata per mezzo di sostanze di ghiandole antagoniste. Il primo di questi due scopi è stato assolto già col taglio del simpatico cervicale, potrà assolversi il secondo per somministrazione di sostanza attiva in senso contrario, forse di estratto pancreatico, atto — a quanto sembra — a controbilanciare la sovraeccitazione del simpatico, operata dal secreto della ghiandola tiroide.

E qui non gravi che io richiami ancora una volta alla memoria, a riguardo della Endocrinologia, che di giorno in giorno si accumuleranno cognizioni su cognizioni, e quando s'avrà l'illusione di aver costruito su solide fondamenta, crollerà l'edificio per far posto ad altri, che forse crolleranno ancora, finchè, consolidandosi ognor più la base, ne sorgerà uno che starà

> come torre, fermo, che non crolla
> giammai la cima per soffiar di vento.

E questo sarà compito dell'avvenire.

Roma, gennaio 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Lo choc anafilattico e lo choc proteinico — La crisi emoclasica — Il sintomo urticariale.

(WIDAL. *Journ. des Praticiens*, n. 52, 1920).

Come cause prime dei fenomeni morbosi possiamo fare due grandi gruppi mettendo da una parte i traumi e gli agenti fisici, dall'altra le infezioni e le intossicazioni. Le infezioni in ultima analisi rientrano nelle intossicazioni poichè in tanto sono nocive in quanto che si ha produzione di veleni: le tossine.

Ma dal gruppo delle intossicazioni va distaccata una serie di fenomeni che furono confusi coi fenomeni tossici.

L'intossicazione è un processo che attacca il protoplasma cellulare e per una vera azione chimica lo deteriora e lo distrugge; nell'intossicazione inoltre troviamo la *specificità* poichè ogni veleno ha una sua propria elettività verso un tale o un tal altro gruppo di cellule: la tossina dissenterica ha azione sulle cellule dell'intestino, l'atropina predilige speciali nuclei di cellule bulbari, ecc. Si tratta adunque nell'intossicazione di un processo specifico e chimico di distruzione che dovrà lasciare come esito dei disturbi anche dopo che il processo intossicativo sarà spento.

Di tali caratteri comuni a tutte le vere intossicazioni non uno appartiene alla suddetta serie di fenomeni che, pur avendo apparente veste di intossicazione, se ne distingue dal punto di vista etiologico, sintomatico e terapeutico:

a) dal punto di vista etiologico: nessuna specificità. Tutta una serie di sostanze, purchè albuminoidee (colloidi), possono produrre le stesse alterazioni e disturbi (albumina dell'uovo, del siero, del latte, microbica, ecc.);

b) dal punto di vista sintomatologico: brusco inizio, rapidità di evoluzione, brusca scomparsa del quadro morboso, *senza lasciar tracce di sè;*

c) dal punto di vista terapeutico è caratteristico il fatto che questi fenomeni si possono evitare introducendo nell'animale o nel malato una quantità infinitesimale della sostanza nociva poco prima o dopo che essa sia assorbita in massa. È questo un sistema di cura che non ha l'equivalente nella terapia delle intossicazioni.

Tale speciale comportamento ha fatto pensare che non debba esistere lesione cellulare ma bensì uno squilibrio più o meno brusco

del sistema colloidale che è stato chiamato *choc* per la rapidità del suo apparire, *colloido-clasico* per la sua essenza patogenetica in opposizione ai veri fenomeni di intossicazione.

I caratteri di questi fenomeni sono adunque:

1° L'assenza di specificità; 2° La brusca insorgenza; 3° La brusca scomparsa; 4° Non lesioni e non postumi; 5° Speciali modificazioni nel sangue (crisi emoclasica); 6° L'ascheptofilassi (la possibilità cioè di impedire nel modo già detto l'insorgenza di essi).

Simili fenomeni, a prima vista bizzarri, in parte non sono altro che manifestazioni anafilattiche: e, trattandosi di anafilassi, dovremo ammettere un precedente stato di sensibilizzazione. Nell'anafilassi infatti per un certo tempo si fecero rientrare tutti indistintamente i disturbi di questo genere, senonchè una serie di sperimentatori dimostrarono che fenomeni simili (leucopenia, ipercoagulazione, ipotensione arteriosa, ecc.) si potevano provocare già alla prima iniezione di una sostanza albuminoidea. Widal studiò questi fenomeni clinici e dette loro il nome di *choc proteico*.

La differenza perciò tra choc anafilattico e choc proteico starebbe soltanto nel fatto che nel primo esiste una preparazione, cioè la cosidetta sensibilizzazione, mentre nel secondo questa non esiste dato che già alla prima iniezione compaiono i disturbi (sempre però che la sostanza iniettata sia nella quantità sufficiente).

Un caso clinico chiarirà queste premesse. Si tratta, in breve, di una donna che presenta un'angina di natura sospetta: le vengono iniettati prima 2 cc. e un'ora dopo 20 cc. di siero antidifterico per fare l'ascheptofilassi. Dopo un'ora compare rapidamente prurito e una eruzione d'urticaria che si estende a tutto il corpo il giorno seguente; dopo altre 24 ore tutto è scomparso mentre è più accentuata la chiazza al punto d'inoculazione (fenomeno di Arthus). Dopo sei giorni compare una nuova eruzione di urticaria con mialgie e artralgie.

Questa osservazione dimostra che gli stessi fenomeni possono affacciarsi sia in seguito a sensibilizzazione e sia quando l'individuo che riceve un'albumina eterogenea non sia già sensibilizzato.

L'eruzione d'urticaria è stato il sintomo principale che ha presentato la detta malata: talora è il solo. L'urticaria appare e scompare rapidamente e non porta seco alterazioni anatomiche poichè è rappresentata da semplice edema e congestione. Probabilmente se tale fenomeno, invece di localizzarsi sulla pelle, viene a localizzarsi nel sistema nervoso e precisamente nel bulbo, si avrà la morte.

Per spiegare il fenomeno dello *choc proteico* bisogna ricordare che le albumine eterogenee che noi introduciamo nel tubo digerente coi pasti, per opera dei succhi digestivi e del fegato, attraverso al quale debbono passare prima di penetrare nell'organismo, si trasformano *omogeneizzandosi* alle albumine personali. Le albumine così omogeneizzate non sono più capaci di nuocere: ciò accade quando la secrezione dei succhi digestivi è normale, quando non esistano alterazioni della mucosa intestinale e quando non si facciano errori dietetici; ove una di queste condizioni venga meno, le albumine non omogeneizzate passeranno nell'organismo e vi produrranno sensibilizzazione, se in piccola quantità, o vero e proprio *choc proteico*, se in quantità notevole.

Widal vide comparire in un individuo che aveva sofferto di disturbi intestinali, prurito e accessi d'urticaria. Un altr'uomo, dopo aver mangiato una gran quantità di pesce guasto ebbe disturbi intestinali, poi, a partire da questo momento s'accorse che in seguito a ogni pasto composto di carne od uova era preso da fenomeni di urticaria, mentre tali fenomeni non apparivano col regime vegetale.

Widal ed altri esaminarono il sangue di questi pazienti e, dopo un'ora dall'assorbimento degli alimenti e sette ore prima della crisi notarono leucopenia (3000 leucociti), abbassamento della tensione arteriosa, coagulazione più rapida e variazioni dell'indice refrattometrico. (Il Widal chiamò questo complesso di fenomeni *crisi emoclasica*).

Sulla possibilità di impedire l'insorgenza della crisi con l'introuzione di piccole quantità della sostanza nociva (ascheptofilassi) se ne è fondata la cura. Furono somministrate le sostanze nocive a dosi crescenti e tali malati non ebbero più le loro crisi. Widal poi ottenne la scomparsa duratura delle crisi somministrando semplicemente 50 ctgr. di peptone del commercio, altri la ottennero somministrando mezz'ora prima dei pasti dei cachets di peptone: dopo qualche settimana tutto era scomparso.

Si ha dunque tutta una serie di urticarie che rappresentano accidenti colloido-clasici prodotti da albumine provenienti dall'esterno: Widal propose di chiamarle *etero-colloido-clasiche*. Ma ve ne sono delle altre in cui i fenomeni appaiono senza l'introduzione della sostanza estranea all'organismo, come avviene nell'emoglobinuria, e che si potrebbero chiamare disturbi per *auto-colloidoclasica*.

BENEDETTELLI.

DIAGNOSTICA.

Significato diagnostico del dolore addominale nei bambini.

(R. Hutchinson. *British med. Journ.*, 1° gengaio 1921).

Il dolore addominale in un bambino è sempre causa di una certa ansietà per il medico, per il diverso significato che può assumere, da una semplice indigestione ad un'appendicite gangrenosa. Mentre, da un lato non si devono gettare allarmi ingiustificati, dall'altro è necessario non misconoscere le cause, che possono dare effetti gravissimi. Le difficoltà aumentano per il fatto che spesso il dolore è l'unico sintomo, ed il piccolo paziente è incapace di darci l'esatta localizzazione e le caratteristiche del dolore, le quali possono portare luce nella diagnosi. Spesso la diagnosi può farsi semplicemente per esclusione.

Cause extraddominali. — Possono risiedere nelle pareti addominali e nel torace.

Fra le *affezioni delle pareti addominali* una delle più comuni è la *carie spinale.*

In tale caso, il dolore è dovuto alla pressione sulle radici posteriori e viene sentito lungo i nervi intercostali inferiori all'epigastrio; può aversi fin dall'inizio, molto prima che si manifesti alcuna deformità. Da ciò la utilità di esaminare bene la colonna vertebrale in ogni bambino, che accusi un dolore epigastrico cronico: una leggera prominenza di una o più vertebre, la dolorabilità alla percussione, una certa rigidità mettono sull'avviso; la certezza può aversi con la radiografia. Anche la *scoliosi* può esser causa di dolore, ma essa è facilmente riconosciuta.

Il *reumatismo* dei muscoli addominali può pure offrire dei dubbi, tanto più considerata la frequenza delle affezioni reumatiche nei bambini. Il dolore può aversi alle inserzioni muscolari, alle costole od alla cresta iliaca, oppure nella stessa guaina aponeurotica. L'origine reumatica si rende evidente mettendo in azione i muscoli, p. e. col far sedere l'ammalato sul letto, senza aiuto delle mani; la sede nella parete muscolare si dimostra afferrando questa fra le mani e comprimendola lateralmente. Questa forma è frequente nei bambini durante l'età della scuola, in seguito ad esercizi ginnastici, e può simulare l'appendicite.

Relativamente rare sono le *ernie* della parete addominale, a cui però bisogna pur pensare, specialmente all'ernia omentale ed al testicolo non disceso. Qualche confusione possono portare le *affezioni dell'anca*, non già la forma tubercolare, ma quella reumatica: con un esame attento si metterà in rilievo la limitazione dei movimenti. Qualche volta nell'*herpes zoster* il dolore può precedere di ore o di giorni la comparsa dell'eruzione; vi è però in tal caso l'iperestesia superficiale nel territorio del nervo affetto, un dolore forte presso le apofisi vertebrali, mentre mancano la dolorabilità alla palpazione profonda e la rigidità involontaria.

Cause toraciche. — L'errore più comune è quello di confondere la *polmonite* della base destra con l'appendicite, tanto più che nei bambini possono essere a lungo assenti i segni fisici della polmonite, mentre è costante all'inizio il vomito. In tal caso il dolore addominale è dovuto al fatto che sono coinvolti i nervi intercostali inferiori, che passano a traverso il diaframma, ed è a ritenersi che si manifesti il dolore addominale soltanto quando sono affetti il diaframma o la pleura. Per avere indicazioni circa la diagnosi si studierà il rapporto del polso con il respiro, sebbene spesso questo non sia molto frequente all'inizio; poi si riscontrerà che la dolorabilità addominale è piuttosto superficiale, mentre non la si avverte con una palpazione discretamente profonda. Si può anche ricercare la eventuale dolorabilità nella sacca retto-vescicale ciò che in verità è più facile a dirsi che a farsi. La temperatura molto elevata sta piuttosto per la polmonite: comunque nel dubbio si può stare in attesa armata, e spesso in poco tempo comparirà uno sfregamento pleurico od una zona di ottusità.

Anche la *pericardite* può simulare una malattia addominale; essa però è assai meno frequente che non la pleurite o la polmonite.

Cause endoaddominali. — Possono essere *subitanee* o croniche. Le prime sono molto meno frequenti nei bambini che negli adulti in cui esiti gravi possono aversi p. e. nell'ulcera gastrica o duodenale perforata, nella pancreatite acuta. Nei bambini il dolore addominale violento ed improvviso può essere dovuto ad indigestione acuta, ad appendicite, ad ostruzione intestinale e, molto di rado, alla porpora di Henoch.

È anzitutto necessario eliminare l'*indigestione acuta*; in questa il dolore può essere improvviso, violento, accompagnato da febbre e da grande malessere. Nel dubbio è bene non affrettarsi a somministrare l'olio di ricino nè, tanto meno, gli oppiacei; nessun danno può invece aversi da un clistere, da un leggero emetico, dall'applicazione del caldo sull'addome, mentre se ne otterranno spesso notevoli vantaggi.

È la possibilità che si tratti di *appendicite* che dà sempre la massima inquietudine in questi casi; si rammenti che in essa il dolore è il primo sintomo, avvertito dapprima all'epigastrio e, solo più tardi, alla fossa iliaca destra. Raramente è molto forte, salvo in bambini nervosi; si ha quasi sempre vomito, che segue di solito il dolore e non è persistente nè è quasi mai violento. La ricerca della difesa muscolare va fatta con una palpazione molto leggera.

Nell'*ostruzione intestinale acuta*, il dolore può essere violento, ma talora anche assente, specie all'inizio; fra i sintomi particolari nel bambino è da menzionarsi la febbre, che si manifesta anche nei casi di pura ostruzione, come nell'invaginazione. la forma caratteristica dell'età infantile. Per poter procedere ad un esame fruttuoso è bene ricorrere ad un anestetico (cloroformio), per cui, rilasciandosi la parete addominale, si può meglio compiere la palpazione. Nella rara forma della *porpora di Henoch*, l'emorragia da cui è accompagnata può simulare l'invaginazione; si eviterà l'errore con la ricerca accurata delle placche di porpora.

Fra le cause di *dolore cronico o ricorrente*, è relativamente raro che si tratti dello stomaco, ciò che si ha invece nell'adulto: talvolta esso è in causa nell'ordinaria indigestione, in cui una eruttazione mette fine al dolore e chiarisce la diagnosi.

Comunissima invece è la *colica intestinale* nei piccoli, come anche nei grandicelli: i dolori si manifestano ad accessi e vengono calmati con la pressione costante, la quale invece esaspera i dolori dell'appendicite; spesso si ha anche l'emissione di gas intestinali. Abbastanza frequente, specie nei bambini nell'età della scuola, la così detta *colica ombelicale*, in cui il dolore viene riferito all'ombelico e può ritornare più volte al giorno, particolarmente durante o dopo i pasti. Può essere violento ed accompagnato da improvviso pallore; dura da pochi istanti a parecchie ore: è raro il vomito. La sua natura è oscura: trattasi probabilmente di una vera colica del crasso che si verifica in bambini costipati, nervosi.

L'*enterospasmo* si osserva in bambini, che soffrono di enterocolite, che non è rara; può dare dolori violenti ed essere accompagnato da febbre prolungata, ciò che offre non poche difficoltà per la diagnosi. Rara è l'*ostruzione intestinale cronica* per diagnosticare la quale si ricorrerà alla presenza di meteorismo, di contrazioni visibili dell'intestino, oppure ai raggi X.

DOLORE APPENDICOLARE. — Si deve essere molto cauti, prima di diagnosticare un'*appendicite cronica* in bambini, specialmente se il dolore è localizzato alla fossa iliaca destra. D'altra parte si deve ritenere che la forma non è mai cronica fin dall'inizio, ma preceduta da un accesso acuto o subacuto, che va ricercato con una accurata anamnesi. L'esame fisico, fra gli attacchi di appendicite cronica, è spesso negativo e nemmeno i raggi X possono rischiarare la situazione. In casi assai dubbi si può ricorrere alla laparotomia esplorativa, pur lasciando comprendere che l'operazione è per lo più priva di risultati.

I *vermi* sono spesso accusati di provocare dolori addominali: un vermifugo chiarirà la diagnosi.

Causa assai comune di dolore addominale sono le *ghiandole ingrossate*, anche non tubercolari all'estremità inferiore del mesenterio. La loro estirpazione farà scomparire i dolori.

Abbastanza rare sono nel bambino le cause che risiedono nell'apparato urinario, tranne la torsione dell'uretere ed il calcolo uretrale.

La *torsione dell'uretere* risulta da un'anomalia congenita nella distribuzione dei vasi renali, che di solito, però, non produce sintomi prima dell'età adulta: spesso il dolore — riferito a destra od a sinistra nella regione lombare — ha una certa periodicità e non è accompagnato da sintomi urinarî; talvolta il rene è ingrossato e palpabile.

Il *calcolo ureterale* destro può offrire grande rassomiglianza con l'appendicite, tanto più che possono mancare i sintomi urinarî, vi può essere febbre e dolorabilità sull'uretere, e quindi assai vicino al punto di Mc Burney. La radiografia, che dovrebbe sempre essere fatta prima dell'operazione, leverà ogni dubbio.

Un dolore ipogastrico può aversi nell'*ostruzione dell'uretra*, come risultato di fimosi o di strettezza del meato; l'associazione fra dolore e difficoltà di minzione, la presenza di una vescica distesa daranno gli elementi per la diagnosi.

FILIPPINI.

TERAPIA.

Lo stato dell'immuno- e chemoterapia delle malattie infettive

(SCHIKENHELM. 32° Congr. di med. int. a Dresda. *Berliner Klinische Wochenschr.*, n. 19, 1920).

IMMUNOTERAPIA.

A) *Sieroterapia.* — Dei sieri antitossici sono usati praticamente quello antitetanico a scopo profilattico, quello antidifterico a scopo curativo. La maggior parte degli scienziati ammette oggi che l'azione terapeutica del siero sia dovuto specialmente alla sua specificità. I sieri attualmente usati sono antitossici, antibatterici e misti. Dei primi si sono affermati nella pratica il siero antitetanico (iniettato profilatticamente) e il siero antidifterico.

Dei sieri antibatterici è efficace quello antimeningococcico iniettato nel rachide agli ammalati; sarebbero sempre inefficaci il siero antipneumococcico e il siero antistreptococcico. Dei sieri misti (contemporaneamente antitossici e antibatterici) ha assunto importanza pratica il solo siero antidissenterico, dalla cui somministrazione precoce l'A. ha ottenuto buoni risultati. Il siero antigrippale iniettato in forti dosi riesce talvolta di giovamento. Buoni risultati si sono avuti iniettando a scarlattinosi dei sieri di convalescenti.

B) *Vaccinoterapia.* — È stata riconosciuta l'importanza della fase negativa susseguente alla vaccinazione. Mentre la vaccinoterapia si è dimostrata inefficace nel colera, nel tifo e nelle infezioni streptococciche ne è riconosciuta l'utilità nelle infezioni stafilococciche e da coli. L'efficacia delle vaccinazioni profilattiche è probabilmente dovuta a processi specifici. Non si può dire lo stesso per le vaccinazioni curative; si sono infatti spesso ottenuti risultati identici, usando eterovaccini, iniezioni di latte, ecc., sostanze tutte che provocano spesso la reazione più intensa in corrispondenza del focolaio morboso (reazione di focolaio aspecifica).

L'efficacia dell'immunoterapia specifica ed aspecifica dipende inoltre da vari fattori: 1° dal modo in cui reagisce l'organismo. La terapia deve perciò sempre cercare di aumentare contemporaneamente le forze reattive dell'organismo; 2° da reazioni fisico-chimiche, ciò specialmente nell'anafilassi; 3° da processi di catalizzazione. Quest'ultimo fattore avvicina intimamente l'immuno alla chemoterapia.

CHEMOTERAPIA.

L'efficacia delle iniezioni di argento colloidale è in molti rapporti simile a quella della proteinoterapia. Preparati di oro (Krysolgan) sarebbero efficaci in tutte le forme di tubercolosi. Anche il salvarsan e il chinino esercitano probabilmente un'azione catalizzante. Al neosalvarsan sarebbe da preferirsi il vecchio salvarsan. Col semplice chinino l'A. ha ottenuto risultati eguali a quelli ottenuti usando i diversi composti di chinino (optochina - eucupina - vucina).

POLLITZER.

La cura della polmonite influenzale col siero di convalescenti.

(G. P. SANBORN. *Boston med. and surg. Journ.*, 5 agosto 1920).

L'A. riporta le sue oservazioni fatte sopra 101 casi di polmonite o broncopolmonite da influenza; alla diagnosi clinica venne fatta seguire, nel caso in cui si presentavano sputi rugginosi, l'isolamento del pneumococco: venne isolato quasi sempre il tipo IV; in due casi (mortali) il III, in uno il I.

La maggior parte dei casi trattati era in gravi condizioni e dava l'impressione di un probabile esito fatale: una metà era malata da 3-7 giorni; 17 morirono nelle prime 24 ore.

Il sangue per la cura venne prelevato da individui che avevano sofferto di influenza, dopo un periodo variabile da 3 giorni a 2 mesi dallo sfebbramento; sembra che i sieri prelevati all'inizio della convalescenza sieno stati i più attivi.

Dal donatore si estraevano 300-500 cmc. di sangue (l'estrazione è stata fatta anche 2-3 volte ad intervalli convenienti) che si raccoglievano in una bottiglia a collo largo: separato il siero, e centrifugato, veniva sottoposto alla reazione di Wassermann e poi mantenuto in ghiacciaia fino al momento dell'uso (al massimo uno-due giorni dopo l'estrazione).

L'iniezione veniva praticata con miscela a parti uguali dei diversi sieri disponibili; se ne introducevano nelle vene cubitali 100 cmc. negli adulti e 50 cmc. nei bambini; veniva usato a tale scopo il metodo di Schreiber per le iniezioni di salvarsan, usando una siringa da 20 cmc. Non venne osservato alcun inconveniente degno di rilievo, che accennasse a fenomeni anafilattici: solo nel 10 % dei casi si notò brivido leggero e non prolungato.

Sopra 101 casi, 67 guarirono: di questi, 59 ricevettero una o due iniezioni; 7 ne ebbero tre; 1 ne ebbe sei; la massima quantità iniettata fu di 700 cmc.

Dei 34 casi seguiti da morte, 17 morirono troppo presto per poter ricevere una seconda iniezione, gli altri 17 ne ricevettero da due a quattro.

Successivamente all'iniezione la temperatura andò diminuendo in diversi, fino a raggiungere la normale spesso entro 24 ore; in alcuni però entro 60 e fino 120 ore. In un caso, che aveva ricevuto quattro iniezioni, la temperatura si era abbassata gradatamente entro 96 ore, ma permaneva uno stato delirante: si rese poi manifesto un secondo focolaio di bronco-polmonite con alte temperature; con altre due iniezioni, le condizioni ritornarono normali entro 48 ore.

In un altro individuo, la temperatura ritornò normale entro 48 ore, dopo due iniezioni; la convalescenza sembrava stabilita quando invece si sviluppò ad un tratto l'edema polmonare che lo trasse a morte in poche ore. In qualche caso, nonostante l'abbassamento della temperatura, permanevano frequenti il polso ed il respiro, ed interveniva la morte, pur con temperatura normale.

Fra quelli che guarirono, si osservò, 12-24 ore dopo l'iniezione, un miglioramento reale: diminuzione della cianosi e dei sintomi tossici, graduale sensazione di benessere: talvolta si aveva un passaggio netto allo stato di benessere, analogamente a quanto avviene nella difterite con sufficienti quantità di antitossina. Non vi furono complicazioni rilevanti nei casi guariti.

Su 9 casi con gravidanza vi furono 2 morti, consecutive all'aborto: va osservato che in generale la mortalità fra le gravide affette da broncopolmonite influenzale è alta.

Nella serie dell'A. si è avuta una mortalità totale del 33.6 %: la media mortalità fra 184 malati trattati da diversi medici, senza siero, è stata nello stesso periodo e nella stessa località del 21 %.

Varî sono i fattori che hanno contribuito ad elevare la mortalità nei casi trattati col siero. Anzitutto si trattava di casi appositamente scelti fra i gravi, mentre i casi, che servirono di controllo, costituivano la media di quanto si osserva nella pratica; 17 di quelli trattati erano già quasi moribondi e di fatto morirono entro le 24 ore, in alcuni si ebbe complicazione da streptococco emolitico, in altri per edema polmonare. La ragione più importante probabilmente consiste nel fatto che 28 sui 34 morti ricevettero l'iniezione solo dopo 3-8 giorni dall'inizio: ora la polmonite da influenza è un processo che decorre rapidamente e che porta a morte in 4-5 giorni; si può dunque ritenere che l'intervento sia stato troppo tardivo.

Qualunque trattamento deve dunque essere iniziato prima del 4°-5° giorno, poichè i casi, trattati successivamente non hanno margine di tempo sufficiente per poter rimettersi. Tale osservazione, del resto, non si limita alla polmonite da influenza, ma si estende altresì alla difterite, in cui la mortalità è quasi nulla se il trattamento è iniziato al primo giorno e va invece elevandosi man mano si ritarda: così nella polmonite da tipo I, il siero è efficace solo nei primi 6-7 giorni, e tanto più quanto più presto viene somministrato. Nei casi dell'A. la mortalità è andata crescendo dal 10 % (2° giorno di malattia) all'11 (3° giorno) al 35 (4° giorno) al 73 (5° giorno) al 66 (6° giorno) al 100 % (7° ed 8° giorno).

L'utilità di una somministrazione precoce del siero è dimostrata anche da statistiche di MacLachlan e Fetter, che usarono il sangue citratato e di molti altri, che usarono pure il siero.

Questa comunicazione fatta alla Massachusetts Medical Society è stata seguita da altre che confermano i buoni risultati che possono ottenersi mediante tale trattamento, purchè questo venga iniziato nei primissimi giorni di malattia. FILIPPINI.

Sulla terapia combinata di siero antigonococcico e proteine aspecifiche nelle complicazioni gonococciche.

(Dott. S. REENSTIERNO. *Münchener Med. Woch.*, 9 luglio 1920).

L'A. riferisce di una decina di casi di artriti gonococciche acute, prostatiti, epididimiti, ascessi gonococcici cutanei, ecc., guariti in tempo relativamente breve (1-2 settimane) dopo la iniezione di siero antigonococcico combinato con vaccino da colture di tifo (morte).

Il siero si ottiene iniettando colture pure di gonococco a montoni.

L'A. non riferisce sulle dosi usate.

Gl'inconvenienti della terapia sarebbero brividi di freddo e febbre alta immediatamente dopo l'iniezione, ipersensibilità che perdura per alcuni giorni nella regione dove fu praticata l'iniezione (regione glutea), tumefazione delle ghiandole inguinali.

BARZ.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. VIGO (Doctor JUSTITIA). *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale.* Un vol. in-8 di circa pagine 250; Roma, 1921; presso l'Amministrazione del « Policlinico ». Prezzo, L. 16.

Perchè si possa giudicare il valore di questo libro, riportiamo la prefazione appostavi dall'autore, che ne spiega gl'intendimenti e il piano.

L'utilissimo volume del *doctor Justitia* verrà molto apprezzato da tutti i medici italiani.

« Nell'esercitare l'ufficio di consulente legale del periodico « Il Policlinico » e nel rispondere alle domande ed ai quesiti che incessantemente mi pervengono dagli abbonati, ho potuto convincermi come la legislazione che regola l'esercizio delle professioni sanitarie sia generalmente pochissimo conosciuta dai medici.

Ma ciò non per loro colpa.

La gran quantità di leggi che a mano a mano si è andata accumulando, specie in questi ultimi tempi di insolita umana attività, accresciuta pletoricamente da una miriade di regolamenti, decreti, circolari, ecc., ecc., emessi durante il periodo bellico, ha formato un materiale legislativo di tale mole ed entità da non poter essere diligentemente seguito e conosciuto da tutti, ma solamente da quei pochi che ebbero la necessità di applicarlo nel proprio interesse.

A ciò devesi aggiungere la impossibilità e la inopportunità per molti di seguire il recente movimento legislativo perchè, essendo stati chiamati sotto le armi per adempiere il sacrosanto dovere di difendere la Patria, furono costretti ad abbandonare temporaneamente l'esercizio professionale e non ebbero, quindi, agio, occasione o bisogno di invocare le leggi che lo governano o ricorrervi.

Ho notato, eziandio, che molti, cui si era presentata la necessità di difenersi da rappresaglie o da abusi o di chiedere l'adempimento di diritti acquisiti o di aspettative raggiunte, erano rimasti presi dal dubbio se esistesse o meno una legge da poter invocare in sostegno della propria tesi o se la legge, sotto il cui impero il diritto era sorto e l'aspettativa iniziata, fosse ancora in vigore o fosse stata modificata o revocata e sostituita, in tutto od in parte, da altra più recente.

Mi sono accorto, insomma, che in quanto all'esercizio professionale dei medici e specialmente dei medici condotti regna grande confusione ed incertezza a riguardo delle leggi imperanti, e che perciò il numero dei professionisti che, avendo bisogno di conoscere il modo legale per far valere e rispettare un proprio diritto ricorreva al consulente legale per avere chiarimenti, informazioni e consigli, si rendeva ogni giorno maggiore.

Questa speciale condizione di cose mi indusse a scrivere il presente Manuale.

In esso sono raccolte, classificate ed ordinate tutte le leggi, i regolamenti e le circolari attualmente in vigore aventi diretta attinenza con l'esercizio della professione sanitaria.

E perchè il libro non riuscisse una raccolta amorfa, caotica ed indigesta di tanto materiale legislativo, mi sono studiato di dividere l'attività professionale nelle varie sue forme a seconda che sia esercitata liberamente o sotto la veste di impiegato municipale e di raggruppare intorno ad ognuna di esse, tutte le leggi, i regolamenti e le circolari che vi si riferiscono.

Per tale ragione ho diviso il libro in tre parti: nella prima delle quali tratto dell'esercizio professionale libero, nella seconda degli obblighi dei Comuni relativi all'assistenza sanitaria dei poveri, che comprende tutta la carriera dei medici condotti, dal concorso col quale entrano in carica fino al licenziamento ed al conseguimento della pensione, e nella terza della vigilanza igienica, comprendendo in essa tutte le disposizioni che regolano le prestazioni dell'ufficiale sanitario e del personale dei Laboratorii comunali e consorziali di igiene.

E per non esporre le leggi ed i regolamenti nudamente nel loro scheletrico testo, ho creduto utile accennare anche alle principali quistioni che dalla diversa interpretazione di esse sorgono nella pratica ed ho tentato risolverle, facendo tesoro delle più recenti teorie propugnate dalla dottrina, dei più sapienti pronunziati della Suprema Corte di Cassazione e dei più dotti pareri e sentenze emesse dai Corpi consultivi e giurisdizionali dello Stato.

Dove maggiore mi è sembrato esservi confusione, ivi ho creduto fermarmi di più per diradare la nebbia e la foschìa, togliere ogni preoccupazione e prevenire, nel contempo, i bisogni e le difficoltà che potessero incontrare nella loro carriera tutti coloro che consultassero il Manuale.

Pertanto la parte che riguarda i doveri e i diritti del medico condotto verso il Comune ed il trattamento economico che deve essere fatto al personale sanitario comunale è più estesa delle altre, appunto per mettere in grado l'uno e l'altro di conoscere a fondo la propria posizione giuridica per chiedere quanto è loro

giustamente dovuto e per avere una norma certa e legale per sapersi regolare nei casi che fortuitamente possono verificarsi nell'esercizio professionale.

Ritengo che il Manuale diverrà ben presto l'amico indivisibile di tutti coloro che si dedicano all'esercizio della professione: tanto del novellino quanto degli anziani, tanto del medico quanto del chirurgo, tanto del libero professionista quanto del medico condotto, tanto dell'ufficiale sanitario quanto del personale addetto ai Laboratorii municipali di vigilanza igienica.

Con esso e per esso questi sanitari sono messi in grado di repellere ingiuste rappresaglie e tendenziose sopraffazioni ed ottenere il rispetto delle conquiste fatte dalla classe nel campo sociale, professionale ed economico.

E confido di aver pienamente raggiunto lo scopo ».

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 13 *marzo* 1921.

Presidenza del prof. G. MIRANDA, presidente.

Azione della bile sopra l'intestino isolato di mammifero.

CHISTONI prof. ALFREDO. — Le ricerche dell'O. sono state eseguite sull'intestino isolato di cane, allo scopo di determinare il meccanismo col quale la bile esplica la sua azione in tali condizioni sperimentali. In ogni caso è stata usata la bile appartenente allo stesso animale al quale era stato asportato il tratto intestinale per la esperienza, e l'azione della bile veniva poi comparata a quella di altre sostanze per le quali è già stata stabilita, nelle stesse condizioni sperimentali, la loro azione autonomomimetica (pilocarpina, atropina), simpaticomimetica (adrenalina) o muscolare (cloruro di bario).

Dai risultati sperimentali ottenuti e dimostrati con grafiche, ne consegue che la bile abbassa costantemente il tono del preparato intestinale proporzionalmente alla dose usata. L'aggiunta di pilocarpina in piccolissima quantità, provoca in tali condizioni un nuovo innalzamento del tono, provando come la eccitabilità della innervazione autonoma dell'intestino permane malgrado la presenza di bile. La inibizione prodotta dalla bile viene pure tolta dal cloruro di bario, ma esso deve agire a dosi un po' elevate quali in condizioni normali apporterebbero uno spasmo del preparato. L'adrenalina abbassa ulteriormente il tono già abbassato da una piccola quantità di bile provando che la eccitabilità dell'innervazione simpatica non viene modificata da modiche dosi di bile. In un preparato intestinale atropinizzato, ma nel quale permangono ancora ben evidenti i movimenti automatici, una dose forte di bile abbassa ulteriormente il tono e fa scomparire i movimenti automatici, e tale azione si osserva pure se il preparato intestinale è stato completamente atropinizzato. Ciò fa pensare che l'azione della bile si esplichi in prevalenza sulle fibrocellule muscolari liscie, sebbene non possa escludersi che, specie per dosi molto elevate di bile, venga influenzata anche l'innervazione riflessa intrinseca del preparato intestinale. Non è accettabile l'ipotesi fondata sopra una azione eccitante della bile sulla innervazione simpatica.

La deviazione del complemento nella rabbia.

FABOZZI dott. SALVATORE. — Si prefigge di dimostrare se fosse possibile applicare alla diagnosi della rabbia la prova della deviazione del complemento. Espone le prove dirette a stabilire se l'estratto alla Landsteiner di cervello di cane morto di rabbia, di coniglio inoculato di virus fisso, come pure quello di coniglio normale, potesse agire a modo di antigene. Trova che l'estratto di cervello di coniglio normale, col sistema complemento emolitico, nella proporzione di 0,65-0,70 di una soluzione di 1:9 non induce alcuna deviazione del complemento, mentre quello di cane rabbioso lo fa tra 0,45-0,50 e quello di coniglio con virus fisso tra 0,50-0,55 sempre della soluzione 1:9. Stabilito questo primo dato di fatto, espone le prove del sistema emolitico in contatto con siero di sangue inattivato di coniglio inoculato di rabbia da strada e trova dopo diverse esperienze preliminari, che il siero di sangue di coniglio normale non induce alcuna deviazione del complemento, e solo dà parziale emolisi usandone 1 cc. (prova da non considerarsi positiva). Il siero di sangue di coniglio rabbizzato induce la deviazione a 0,1 e a 0,3. Dopo un gran numero di ricerche, fatte su conigli inoculati con virus stradale, e da cui preleva il sangue nelle diverse epoche della inoculazione, può stabilire un dato di fatto rappresentato da che la deviazione del complemento compare tra i primi 7-10 giorni dall'inoculazione, si mantiene aumentando d'intensità, fino a che non si manifestano i primi segni della infezione, come manifestazione clinica, epoca in cui il fenomeno sierologico cade di botto e non compare nemmeno nel siero preso nel periodo preagonico dell'animale. Da ciò deduce che la prova può rappresentare un dato biologico di diagnosi se in un individuo, morsicato da un cane rabbioso, sia passato o non il virus, perchè la reazione della deviazione del complemento permane in tutto il periodo incubativo. Annunzia di avere iniziate le prove sull'uomo; ne farà noti i risultati.

Dimostrazione di un caso di laringostomia.

GRADENIGO prof. GIUSEPPE. — Dimostra un caso di laringostomia. Si tratta di una ragazza di 20 anni che sofferse di grave laringotifo. Tracheotomizzata di urgenza nell'agosto 1919, non si potè più togliere la cannula. Riusciti vani i tentativi di ristabilire il lume laringeo con la dilatazione progressiva, si procedette nel febbraio 1920 alla laringostomia, e vennero asportati dalla laringe tessuti di granulazione e di cicatrice: erano andate completamente distrutte le corde vocali e i legamenti ventricolari. Per la successiva rico-

struzione del canale aereo, si mostrarono assai utili i cilindri di garza compressa imbibiti di ambrina. Dopo undici mesi di assiduo trattamento si ottenne il completo rivestimento con epitelio del canale laringeo e una buona respirazione dalle vie naturali. Riferisce anche nei riguardi della voce della ragazza che è sonora, di tonalità bassa, e il tono fondamentale corrisponde al *do* 256 vibrazioni doppie, la nota più bassa del tenore. Si estende solo per una quinta fino al *sol*. Come si può riconoscere all'esame laringoscopico, la voce è data dalle vibrazioni delle aritenoidi, specie della sinistra, un po' spostata all'interno dell'organo. La voce aritnoidea non sembra essere stata studiata in fonetica, mentre assai bene studiate sono le voci prodotte dalle vibrazioni delle false corde e la cosidetta voce faringea dei laringectomizzati.

A. CHISTONI.

Reale Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Adunanza ordinaria del 17 *febbraio* 1921.

Sulla morfologia delle coste umane (Prima nota preventiva).

A. BERTELLI. — Con lo studio degli effetti prodotti sulla prima e sulla seconda costa, dalle inserzioni dei muscoli, ha cercato di chiarire la oscura morfologia di queste due coste.

Alcune particolarità dei miogrammi dei muscoli striati e loro rapporto colla dottrina della contrattilità del sarcoplasma.

F. STEFANI. — L'O. espone come coi muscoli striati di rana il succedersi della scomparsa delle onde elastiche col rallentamento dell'ultima parte della scossa e colla comparsa dell'onda secondaria sia regolare, e come probabilmente questi tre fenomeni siano originati dalla stessa causa, che sarebbe la contrazione del sarcoplasma. Mostra come nei miogrammi che se ne ottengono si distinguano due curve di fatica, una per le fibrille ed una pel sarcoplasma, descrive le loro analogie e le particolarità di quest'ultima e ne dà la spiegazione.

Fa infine rilevare come nello studio della elasticità muscolare sia da tener conto dello stato del tono, oltre che dello stato di riposo o di attività.

La funzione muscolare nelle rane all'uscita dall'ibernazione.

A. RONCATO. — L'O. si propone di studiare il determinismo della contrattura fisiologica del Fiegel. Si potè stabilire:

1° che la contrattura di Fiegel è un fenomeno legato alla ricchezza di sarcoplasma dei muscoli di rana all'uscita dall'ibernazione;

2° che esiste un rapporto costante tra la soglia di eccitazione delle fibrille e la soglia di eccitazione del sarcoplasma;

3° che anche i muscoli striati volontari possono, in determinate condizioni, presentare delle oscillazioni automatiche del tono, così come i muscoli lisci.

A. DIAN.

Società tra i Cultori delle Scienze mediche e naturali in Cagliari.

Seduta del 2 *marzo* 1921.

Le piastrine del sangue.

A. PERRONCITO. — L'O. trattando il sangue dei mammiferi raccolto in vasi paraffinati e decalcificato con sostanze atte a provocare *in vivo* la piastrinosi, ha osservato *in vitro* il fenomeno stesso, con le stesse modalità. Un aumento notevole del numero delle piastrine ha pure ottenuto trattando allo stesso modo una sospensione di piastrine nel plasma. In nessun modo si ottengono invece piastrine dal plasma puro. Questi fatti dimostrano perentoriamente la possibilità delle piastrine di riprodursi e facendo cadere la maggior parte delle teorie sostenute attualmente circa la loro derivazione, riconducono verso la concezione, che appariva superata, delle piastrine come terzo elemento autonomo del sangue.

Rachitismo sifilitico da baliatico in un lattante di quattro mesi.

L. SPOLVERINI. — Premesso che tutti gli autori sono d'accordo sulla esistenza dell'entità clinica descritta dal Marfan sotto la denominazione di rachitismo sifilitico ed invece v'è discordanza sull'interpretazione etiologica nel senso che non tutti ammettono che tale forma rachitica sia in diretta ed esclusiva dipendenza dell'infezione sifilitica non essendosi potute dare le prove sperimentali dirette di tale forma morbosa, l'O. riferisce il caso da lui osservato di un lattante nato prematuro (per deperimento notevole della madre in seguito ad enterocolite protratta) ma immune da lue, il quale al terzo mese di vita, essendosi dovuto affidare all'allatamento di una nutrice per grave deficienza del latte materno si infetta da questa di sifilide e dopo 50 giorni di tale allattamento presenta tutto il quadro caratteristico del cosidetto rachitismo sifilitico, del quale guarisce dopo alcuni mesi di cura esclusiva antiluetica (cioè frizioni di pomata mercuriale e calomelano per bocca).

L'O. sia per i precedenti ereditari (mancanza di lue), sia per il modo come il piccolo a tre mesi di età è stato contagiato dalla balia sifilitica (Wassermann positiva), sia per la comparsa rapida del rachitismo sifilitico con la presenza esclusiva della sola sindrome patognomonica tipica, sia per l'effetto utile ottenuto soltanto colla cura antiluetica, sia per la mancanza delle altre cause ordinarie producenti il rachitismo ed invece nonostante la continuazione dell'allattamento naturale trae la conclusione logica che il rachitismo sifilitico osservato nel bambino in parola è in diretta ed esclusiva dipendenza dell'infezione luetica subita e che quindi la prova sperimentale dell'affezione può considerarsi raggiunta. In ultimo l'O. ritiene più conveniente che a tale quadro morboso sia dato l'appellativo di «sifilide rachitizzante» come aveva già proposto il Mura.

L. SALAZAR.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Traumatismi cranici.

Fra i malati affetti da traumatismi cranici, alcuni muoiono, altri guariscono, anche spontaneamente, altri si salvano soltanto dietro intervento chirurgico. In questi ultimi casi, trattasi di versamenti sanguigni sopradurali per rottura dell'arteria meningea media.

Tali versamenti hanno spesso manifestazioni tardive essendovi un intervallo libero, anche di pieno benessere, prima che si sviluppino i sintomi.

In presenza di un malato con trauma cranico recente, si deve *sorvegliare attentamente il polso*, che va contato ad ogni ora. Una rarefazione progressiva di esso, indica che sta per stabilirsi l'iperpressione endocranica; si può arrivare fino a 44 ed anche 32 pulsazioni al minuto. Il polso poi è pieno e forte, come nella meningite Si osserva inoltre una leggera diminuzione dei riflessi tendinei, sintomi oculari (*stasi papillare* e *midriasi del lato leso*), infiltrazione edematosa della zona temporale. Se non si interviene, l'ammalato cade nel coma, con respiro lento e stertoroso. Vi sono poi *segni di localizzazione* (emiplegia al lato opposto di quello leso).

La diagnosi precoce di versamento sanguigno endocranico permette di salvare gli ammalati, facendo una trapanazione. Durante l'intervento (P. Delbet, *Journal d. Praticiens*, 1920, n. 7) si può vedere che man mano si svuota il versamento, la dura madre risale, il cervello riprende la sua forma, certi sintomi (midriasi) si modificano; la prognosi allora è buona e l'ammalato si salva. In altri casi, invece, la dura madre rimane depressa, il cervello non riprende la sua forma, il risultato dell'operazione è nullo, gli ammalati soccombono. Trattasi spesso di affondamento della tavola cranica o di una scheggia che provoca subito i fenomeni paretici. In tali casi, anche se l'ammalato vive, i sintomi probabilmente non migliorano poichè vi possono essere fatti di sclerosi secondaria, di epilessia traumatica. *r. s.*

Contributo alla clinica delle affezioni del verme cerebellare.

Lo studio clinico ed anatomo-patologico di 4 casi di affezioni del verme cerebellare ha dimostrato a F. Frenel e P. Schilder (*Wien. Med. Wochenschr.*, n. 47, 1920) la grande importanza che ha per la diagnosi di tali affezioni la combinazione di un'« asinergia cerebellare » coll'assenza delle reazioni di caduta all'irritazione calorica del nervo vestibolare. La tendenza di questi malati a cadere all'indietro o all'indietro e lateralmente se sono messi in posizione di Romberg, dipenderebbe quasi sempre dall'asinergia cerebellare; in alcuni casi essa sarebbe conseguenza della lesione dei centri cerebellari che regolano secondo Bárány le « reazioni di caduta » vestibolari e sono situati secondo il detto A. nel verme, 2 nella metà destra, 2 nella metà sinistra di esso (centri tonici di Bárány). POL.

Meningite da orecchioni.

H. Deherripon riferisce nel *Journal de Sciences Médicales de Lille* (n. 43, ottobre 1920) un caso di meningite insorta nel decorso di una parotite. Si trattava di un bambino di 9 anni e mezzo nel quale 4 giorni dopo l'inizio della parotite comparvero bruscamente sintomi di meningite (cefalea frontale, fotofobia, rigidità della nuca, segno di Kernig). Il giorno dopo ai sintomi precedenti si aggiunsero ineguaglianza pupillare, bradicardia. La temperatura si manteneva attorno ai 39°.

La puntura lombare diede esito a liquido limpido incolore a pressione notevolmente aumentata, contenente forte quantità di albumina (gr. 1.35). Nel sedimento del liquor si notava netta linfocitosi. Tutti i sintomi regredirono rapidamente già dal giorno appresso e dopo 5 giorni anche la cefalea era scomparsa.

L'insorgenza rapidissima dei sintomi meningei nel decorso di una parotite ed i caratteri del liquor permettono di formulare la diagnosi di questa forma, differenziandola nettamente e dalla meningite tubercolare e da quella cerebro-spinale. TR.

Le iniezioni intrarachidiane di novoarsenobenzolo nel trattamento della sifilide nervosa.

Nel 1913 e 1914 Ravaut già aveva indicato l'uso delle iniezioni intrarachidee di sali mercuriali o di preparati arsenicali nella cura delle affezioni sifilitiche del sistema nervoso.

La tecnica consigliata è la seguente: soluzione di 10 centigrammi di novoarsenobenzolo in 5 cc. di acqua distillata sterile, così che ogni goccia di liquido contiene 1 milligrammo di novoarsenobenzolo.

Con la puntura lombare si estraggono circa 20 cc. di liquido cefalorachidiano che vengono raccolti direttamente in una siringa: nella quale, togliendo lo stantuffo si immette la quantità di medicamento da iniettare misurando questa con una siringa graduata a goccie. Dopo ciò si inietta lentamente il liquido

cefalo-rachidiano mescolato al novoarsenobenzolo nel canale rachideo.

Ravaut, Arbeit, Rabean riportano nel *Paris Médical* (novembre 1920) alcuni casi così trattati, nei quali le iniezioni intrarachidee erano associate alla cura mercuriale endomuscolare e alle iniezioni endovenose di novoarsenobenzolo.

Degli otto casi riferiti si trattava in un caso di meningite sifilitica subacuta, in un altro di meningomielite acuta: in un terzo di tabe, negli altri 5 di paralisi progressiva. Nei primi due casi si ebbe un netto miglioramento di ogni sintomo ed una modificazione dei caratteri del liquido cefalo-rachidiano che dimostrò, dopo la cura, una diminuzione dell'albumina, della linfocitosi, e la scomparsa della reazione di Wassermann.

Negli altri casi il risultato fu meno netto; in alcuni si può dire nullo, sia nei riguardi dei sintomi presentati dagli infermi, sia in rapporto ai caratteri del liquido cefalorachidiano. Le iniezioni intrarachidee erano praticate ogni settimana alla dose di gr. 0.005 o gr. 0.006, per 7 o 10 settimane. Gli AA. non rilevarono disturbi particolari legati a tale via di somministrazione del novoarsenobenzolo.

Essi ritengono che tale metodo possa dare notevoli vantaggi nelle forme iniziali di sifilide nervosa, quando le lesioni sono localizzate alle meningi. E poichè il risultato della cura dipende in gran parte da una precoce applicazione, consigliano di eseguire sistematicamente la puntura lombare nei luetici, onde riconoscere quelle reazioni meningee latenti che il più delle volte rappresentano il primo inizio di affezioni sifilitiche del sistema nervoso.

Tr.

La terapia endolombare.

L'introduzione di medicamenti per mezzo della puntura lombare non è ancora entrata nella pratica. Neumann, in una rivista sull'argomento (*Ars medici*, IX, n. 12) cita, fra l'altro, la lavatura del sacco lombare nella meningite con siero fisiologico o con soluzione di Ringer, con optochina e con protargol; ma il numero dei casi così trattati è troppo piccolo per permettere un giudizio. L'introduzione di solfato di magnesio nel tetano e nelle eclampsie può portare a paralisi respiratoria.

Per quanto riguarda la cura con salvarsan, fatta per tale via, è un fatto che si sono avuti dei successi nella sifilide cerebrale, nella quale però si sono ottenuti buoni risultati, anche con l'iniezione endovenosa. I miglioramenti osservati nel *liquor* non provano nulla e non sempre vanno di pari passo con i reperti clinici. Miglioramenti e guarigioni della tabe e della paralisi generale non sono ancora stati dimostrati secondo l'A. In generale si deve ritenere che, per ora, tale via d'introduzione (eccezione fatta per la sieroterapia) offre ancora troppi pericoli in confronto dei vantaggi; si potrà ricorrere ad essa in qualche raro caso come *ultima ratio*.

fil.

La terapia delle affezioni sifilitiche del sistema nervoso centrale.

H. Schmidt (*Münch. med. Wochenschrift*, 15 ottobre 1920) riporta una statistica di 94 casi di sifilide del sistema nervoso centrale sottoposti a una antiluetica. Questa consisteva nell'uso della soluzione di Ricord, e sola od unita al Salvarsan.

Detta soluzione consta di joduro di mercurio (10-20 cg.) 10 gr. di joduro di potassio in acqua distillata fino a 300 g.; tre cucchiai al giorno.

Si sono ottenuti i risultati seguenti:

TABE.

	Mercurio solo	Mercurio con salvarsan
Quasi guariti	3	1
Migliorati	17	13
Immutati	6	4
Peggiorati	—	2
Morti	1	1

SIFILIDE CEREBRO-SPINALE.

	Mercurio solo	Mercurio con salvarsan
Quasi guariti	5	1
Migliorati	10	4
Immutati	2	4
Peggiorati	3	--
Morti	2	2

PARALISI E TABO-PARALISI.

12 immutati; 2 peggiorati.

Particolarmente interessanti sono i risultati duraturi nella tabe.

Queste osservazioni non sono nuove, ma sono degne di nota perchè mettono in rilievo l'utilità di intraprendere una cura antiluetica di 1/4-1/2 anno, che può dare discreti risultati.

fil.

Il trattamento dell'epilessia.

Maillard (*Encephale*, 10 luglio 1920) ha ottenuto ottimi risultati con l'uso sistematico dell'acido fenil-etilbarbiturico (luminal) che egli prescrive a dosi di venti-quaranta centigrammi, in due volte al mattino, ed alla sera, con una bibita calda. La cessazione degli accessi è talvolta accompagnata da lievi disturbi mentali, o da qualche atto impulsivo, o da delirio, fenomeni sempre di poca entità e transitori.

L'esperienza dell'A. si basa su sedici casi ed è confermata da quella di altri, che hanno ot-

tenuto la cessazione degli accessi anche in individui che non avevano avuto alcun effetto nè dai bromuri, nè dalla craniectomia decompressiva. Altri però, fra cui Hartenberg, hanno osservato un tale cambiamento di carattere, fattosi molto irascibile, da dubitare se si fosse ottenuto realmente un beneficio, pur con la scomparsa degli attacchi. *fil.*

Trattamento della morfinomania.

Mally (*Laboratorio e Revista española de medicina y cirugia*, novembre 1920) consiglia di adottare il metodo Lambert opportunamente modificato. Somministrazione di un purgante salino o di un clistere di sapone; soppressione della *dose di lusso* della morfina, che comprende i 2/3 od i 3/4 della dose che l'infermo prende. Diminuzione rapida della quantità di morfina, in modo da arrivare in tre o quattro giorni ad 1/40-1/50 della quantità originale; somministrare ogni ora (giorno e notte) una mistura con belladonna, xantoxil, josciamina e gelsemium, e ciò per 40-70 ore, aumentando la dose ogni sei ore e vigilando attentamente l'infermo per una eventuale idiosincrasia.

Sostenere le forze cardiache mediante caffeina, sparteina, digitale, stricnina, sole od associate: dare acque alcaline (tipo Vichy), calmare il malessere generale con la termo-, idro-, elettroterapia nonchè con ginnastica (movimenti attivi e passivi) e distrazioni. Psicoterapia e rieducazione della volontà.

Dopo cinque giorni, la cura è completa: l'infermo ha però bisogno di riposo per una quindicina di giorni, durante i quali si farà il trattamento psicoterapico.

fil.

La cura del mal di mare.

È generalmente ammesso che il mal di mare sia una vertigine di origine labirintica dovuta all'eccitazione anormale dell'apparato vestibolare causata dagli insoliti ed incessanti cambiamenti di posizione del corpo sulle navi in movimento, vertigine esagerata anche dalle oscillazioni del battello e delle onde. A differenza però dall'abituale vertigine, la « vertigine di mare » invece che nella sensazione di squilibrio, ha la sua principale espressione nella vita vegetativa con eccitazioni centrifughe alla salivazione, sudorazione, sincope, nausea, vomiti, ecc.

Ora (Nolf: *Academ. Royale de méd. Belgique*, 1920) la maggioranza di questi fenomeni devono essere attribuiti all'eccitazione del vago: il paziente affetto da mal di mare rassomiglia in maniera curiosa all'avvelenato da pilocarpina, muscarica od eserina. Le diverse manifestazioni, dunque, del mal di mare possono essere considerate come l'espressione di un passeggero stato d'ipereccitabilità del sistema autonomo bulbare ed in particolare del pneumogastrico, stato creato dalle eccitazioni anormali del nervo vestibolare.

Dato ciò l'A. ha iniziato con successo una serie di esperimenti per la cura del mal di mare con l'atropina la cui favorevole azione sulle manifestazioni vagotoniche è nota.

Occorre cominciare la cura prima dell'inizio dei sintomi (il vomito impedisce l'assorbimento): la dose deve essere di due milligr. di solfato neutro di atropina preso in tre volte ad una mezz'ora di intervallo. A sintomi iniziati si può ricorrere all'iniezione di 1 mgr. di atropina.

Per le lunghe traversate è raccomandabile alle persone predisposte di tenersi continuamente sotto l'influenza del medicamento prendendo nel corso della giornata 3-4 granuli di mezzo milligr.: i soggetti meno sensibili possono accontentarsi di un trattamento intermittente riservato nei giorni di tempo cattivo.

MONTELEONE.

IGIENE.

La vaccinazione antitifica nella pratica civile.

La vaccinazione contro le malattie tifose, tentata dapprima timidamente su reparti militari o piccoli nuclei di popolazione, è stata largamente applicata sulla popolazione militare, durante la guerra, con risultati, che nel complesso possono dirsi soddisfacenti. In recenti sedute, all'Accademia di medicina di Parigi, si è ventilata la proposta di estendere tale pratica anche alla popolazione civile. I relatori della proposta partono dal punto di vista della efficacia e della innocuità di tale vaccinazione, che sarebbero dimostrate da ricerche statistiche. Le osservazioni di Chauffard riguardano i tifosi ricoverati nella sua clinica; nel periodo 1912-13, l'età media è di 24 anni per gli uomini, di 27 per le donne; considerando l'età di tali tifosi, si trova che sotto i 20 anni vi è il 27.5 % di uomini ed il 19 % di donne: oltre i 20 anni si ha il 72.5 % di uomini e l'81 % di donne.

Nel periodo 1918-1920, le condizioni per le donne rimangono analoghe: età media 27 anni; proporzione prima dei 20 anni, 24.5 %, dopo, 75.5 %. Per gli uomini, invece, cambiamento radicale: età media anni 17 1/2; prima dei 20 anni 90 %, dopo i 20 10 %. Quale è la ragione di tale mutamento? la popolazione maschile, oltre i 20 anni, durante la guerra, ha prestato servizio sotto le armi ed è stata

quindi vaccinata contro il tifo; l'immunità rimane tuttora ed è per questo che sono assai rari i tifosi in tale categoria di persone, mentre la maggior parte si osserva in giovani sotto i 20 anni, non vaccinati; la statistica riguardante le donne serve come termine di paragone per dimostrare che, mancando la variabile introdotta nella popolazione mascolina, i risultati rimangono sostanzialmente immutati.

Anche Achard oltre aver osservato un numero molto maggiore di tifosi fra le donne che fra gli uomini, nota che solo 1/8 di questi ultimi era stato vaccinato: uno aveva avuto la sola vaccinazione antitifica, ed era stato colpito, 4 anni più tardi, da paratifo: gli altri ebbero soltanto delle forme molto leggere. Risulterebbe quindi dalle sue osservazioni che l'immunizzazione, ricevuta con le vaccinazioni durante la guerra, perdura tuttora, e se non sempre efficace ad impedire la malattia, può almeno imprimerle un decorso assai benigno.

H. Vincent cita numerosi esempi di vaccinazioni preventive, fatte fra la popolazione civile francese, tutte con esito soddisfacente. Quasi sempre le vaccinazioni si praticarono in piena epidemia, mentre probabilmente in qualche soggetto la malattia era già in incubazione, ma non si osservò alcun inconveniente; i controlli venivano dati da individui che rifiutavano la vaccinazione e che sono poi stati colpiti dall'infezione. Anche nel Belgio le vaccinazioni antitifiche sono state applicate frequentemente, sia sui membri della famiglia, sia sopra una gran parte degli abitanti dei villaggi infetti, ciò che permise spesso di arrestare rapidamente l'epidemia. Nè meno confortante è l'esempio della Spagna: in alcuni paesi si arrivò a vaccinare oltre la metà della popolazione, come a Torrente, dove si eseguirono 3,500 vaccinazioni; nei non vaccinati si ebbe il 24.5 di morbosità per tifoide, nei vaccinati, zero; nella sola regione di Siviglia si praticarono nel 1918, 21,000 vaccinazioni. Analoghe, numerose osservazioni, si hanno per altri paesi.

Il Vincent si ritiene quindi autorizzato a concludere che la febbre tifoide è, col vajuolo, la più evitabile di tutte le malattie, e che la vaccinazione di tutti gli abitanti di un paese contro le malattie tifose è destinata a far sparire praticamente queste ultime, e si augura che ben presto possa estendersene l'applicazione, non tanto per mezzo della costrizione esercitata dalle leggi, quanto col mezzo della persuasione, convincendo anzitutto i medici della necessità di tale metodo profilattico.

In verità ci sembra che questi entusiasmi possano essere soggetti a qualche critica. Anzitutto, ben lungi dal voler infirmare l'efficacia della vaccinazione antitifica, osserviamo che le cifre portate da Chauffard sono troppo esigue per poter parlare di percentuali e trarne delle illazioni indirette. La totalità dei casi osservati nel 1912-13 è di 11 uomini e di 42 donne, per il 1918-1920, di 10 uomini e di 23 donne. Sono troppe le cause che possono avere influito sul fenomeno, non escluso il fatto che la perdita di un milione, circa, in conseguenza della guerra, proprio in età superiore ai 20 anni, deve pure avere diminuito la proporzione dei viventi in tale età; è quindi minore il numero degli individui esposti a contrarre l'infezione, ciò che può ripercuotersi sul numero dei tifosi accolti nell'ospedale. Errori di tal fatta non si compensano che con l'uso delle grandi cifre e possono invece rendersi più sensibili con quelle piccole.

Quanto poi alla larga estensione del metodo, ci sembra che sia prematura; non possiamo ancora dire di aver convinto tutti sull'efficacia e sulla innocuità della vaccinazione antivajolosa. Le leghe antivacciniste con i relativi apostoli più o meno competenti, la diffidenza con cui spesso viene accolta dalle popolazioni (anche se non tutti nascondono i bambini nel cassettone, molti tentano di sottrarvisi) dimostrano che, sebbene in uso da tanti anni ed obbligatoria per legge, la vaccinazione non è ancora entrata nelle convinzioni del popolo. Che dire poi di quella antitifica, la quale dà spesso reazioni tutt'altro che indifferenti, che ha formali controindicazioni (cito per esempio i casi con insufficienza surrenale anche lieve) e che è quindi destinata ad incontrare una ben maggiore ostilità, senza che per ora si sia ancora raggiunta la prova dell'efficacia, come per quella antivajolosa che pure ogni tanto viene ancora discussa? Per la vaccinazione antitifica, anche approfittando della esperienza della guerra, siamo ancora in un periodo di esperimento nelle applicazioni civili, che vanno tuttora limitate sia alle località in cui il tifo regni endemico, o dove se ne verifichi un'epidemia diffusa o grave, sia a famiglie numerose con uno o più membri affetti. La relativa innocuità della vaccinazione nei giovani, la durata dell'efficacia (sarebbero però necessarie secondo Chauffard tre vaccinazioni a diversi anni di distanza) potranno anche indurre ad un uso più largo, senza però giungere per ora nè ad una generalizzazione, nè tanto meno all'obbligatorietà.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Problemi del ricambio della colesterina.

(H. STRAUSS. *Med. Klinik*, n. 1, 1921).

La colesterina viene assunta dagli alimenti ricchi di grassi.

Le piante ad es., contengono una sostanza molto simile alla colesterina, la « pitosterina ». Una prolungata alimentazione povera di grassi può fare impoverire l'organismo in colesterina. La colesterina introdotta cogli alimenti, viene assorbita nell'intestino, e trasformata in un ester di acidi grassi ad alto valore molecolare; è probabile che ulteriormente essa venga ossidata. Si conosce però pochissimo del ricambio intermedio della colesterina; si suppongono delle relazioni importanti tra i prodotti del ricambio di essa e l'emolisi, il ricambio dei lipoidi, quello dei fosfatidi e quello dei grassi: in questo campo le cognizioni sono ancora rudimentali. La colesterina viene eliminata attraverso la bile; essa abbandona l'organismo in parte inalterata, in parte ridotta a coprosterina in seguito ai processi batterici. I reni sono permeabili alla colesterina soltanto quando essi sono patologicamente alterati. POL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1304) *La cura dell'enuresi.* — Agli abbonati n. 3865 e 2655:

Il regime dietetico deve comprendere pochi vegetali, sopra tutto poche patate. La quantità di liquidi ingeriti dovrebbe essere limitata. Al paziente può essere consentito di mangiar carne, grassi, carboidrati e farinacei. La proibizione di bere acqua alla sera di solito rimane senza effetti. La minzione dovrebbe essere praticata con una certa regolarità a ore fisse, cinque o sei volte al giorno. La migliore posizione a letto è quella con la testa un po' in basso ed il bacino sollevato. Sono stati consigliati i bagni tiepidi o caldi, completi o locali, gli esercizî sportivi, per quanto sia stato ritenuto utile anche il riposo.

Fra i medicamenti adoperati ricordiamo la tintura di belladonna, il solfato di atropina, la stricnina, l'antipirina, l'ergotina ed in alcuni casi anche i bromuri.

Il trattamento elettrico è spesso efficace. Si può indifferentemente adoperare la corrente faradica, galvaniva o alternata. Uno degli elettrodi si applica sulla regione vescicale, l'altro sul perineo o nel retto. È stata anche tentata l'applicazione di un elettrode direttamente in vescica, ma è un metodo sconsigliabile per i possibili inconvenienti. La intensità della corrente deve essere aumentata fino a che non riesca molesta. Ogni seduta deve durare pochi minuti. Gli effetti terapeutici della cura che paiono essere dovuti più che ad altro alla suggestione, si hanno generalmente subito. Quando in capo a tre o quattro settimane non si constata alcun miglioramento, è inutile insistere.

Anche il massaggio locale può riuscire utile.

Il trattamento locale in vescica è da tentarsi negli adulti. Si fanno lavaggi della vescica con una soluzione calda di acido borico o di permanganato di potassio. Talvolta l'operazione della fimosi, dell'ipospadia, delle aderenze della vulva etc. determina, forse per suggestione, la scomparsa dell'enuresi.

Nei casi ostinati si ricorre con vantaggio alle iniezioni epidurali di soluzione fisiologica di cloruro di sodio e di novocaina al 0.5 %.

La cura opoterapica con estratti tiroidei è da tentarsi.

Sono stati tentati mezzi meccanici per impedire la fuoriuscita dell'urina o per svegliare il soggetto al momento dell'emissione dell'urina. L'uretra è chiusa temporaneamente da un apposito apparecchio per modo che il desiderio di urinare provoca dolore. Oppure si mette in vicinanza del meato urinario uno speciale apparecchio costituito da due lamelle metalliche in comunicazione con una suoneria elettrica. Le due lamelle sono separate da uno strato di garza o di carta, che all'emissione delle prime goccie di urina si bagna e così si chiude il circuito ed il campanello suona destando il soggetto.

Anche l'icnosi può talvolta riuscire efficace.

Trattandosi di un fenomeno neurotico la cura è basata sopra tutto sulla suggestione.

DRAGOTTI.

(1305) *Sull'asma da fieno.* All'abb. n. 7229:

Bisogna distinguere l'asma da pollini dalla febbre da fieno (Hay fever). Per le questioni moderne riguardanti l'asma da pollini rimandiamo al nostro lavoro, pubblicato sul *Policlinico*, Sez. pratica, 1919, nn. 22-23.

Per la diagnosi e la cura della febbre da fieno e le manifestazioni mucose, che l'accompagnano (corizza, congiuntivite, ecc.), esiste un'estesissima letteratura, specie americana, comparsa in questi ultimi anni, e che è impossibile in breve riassumere.

In genere si ritiene che queste siano manifestazioni anafilattiche. Pare abbiano dato ottimi risultati terapeutici i vaccini preparati coi pollini. In Italia non sapremmo indicarle dove sono in vendita: in America esistono molti istituti specializzati che li preparano; può rivolgersi, per esempio, a: Lederle Antitoxin Laboratories, Schieffelin e C., New York.

SABATINI.

(1306) Al dott. G. da B.:

Possiamo consigliare:

BERDAL: *Trattato pratico di malattie veneree*, tradotto dal prof. I Simonelli. Vallardi ed.

Malattie veneree nel trattato di Medicina e Terapia di BROUARDEL e GILBERT - Tradotto dal prof. Sprecher - Unione Tipografico-editrice torinese.

V. MONTESANO.

(1307) All'abb. 2704:

Ho già risposto altre volte indicando qualche buon trattato di malattie venereo-sifilitiche.

Per quanto riguarda la R. W. consiglio il lavoro del MARTINOTTI, dal titolo: «*Siero-diagnosi della sifilide*».

V. MONTESANO.

(1308) Al dott. L. F. da N.:

L'embarina è preparata dalla casa Chemische Fabrik von Heyden-Radebeul, Dresden.

V. M.

(1309) Al dott. S. Scarcella:

Non possiamo raccogliere la bibliografia su argomenti speciali: bisognerebbe impegnarvi un tempo ed un lavoro considerevoli. Occorre provvedere da sè a ricercare la bibliografia sugli argomenti che s'intendono studiare.

Provi anche a rivolgersi ad uno dei seguenti Istituti, chiedendo prima le tariffe:

«Institut International de Bibliographie», sede di Parigi, rue de Rennes 44; sede di Bruxelles I, rue du Musée 7;

«American Institute of Medicine» (Department F): New York City, 13 East 42th Street;

«Istituto di Bibliografia Medica»: Napoli, via Francesco del Giudice 18;

«Biblion»: Roma, via Banco S. Spirito 21.

L. P.

(1310) Al dott. P. R. da Gavi:

Abbiamo già risposto altre volte. Cerchi negli indici delle ultime annate, sotto la voce Bibliografia (Indicazioni), e nei numeri dell'annata in corso, sotto questa rubrica.

L. P.

(1311) Ai dottori S. M. da Laurino e T. V. da Napoli:

«Sanità Proletaria» si pubblica a Milano; redazione: viale Abruzzi 45; amministrazione: via L. Papi 10; abbon. annuo L. 10; un numero separ. cent. 40;

«La Voce Sanitaria» si pubblica a Venezia, presso l'Ospedale Civile; abbon. annuo L. 10, semestrale L. 6, un num. separato cent. 30. (Amministratore: dott. Ugo Enrico Boldi).

L. P.

(1312) All'abb. n. 2655:

Veda la risposta data nel fasc. 10°, p. 348, sotto il n. 1283.

L. P.

VARIA

Il medico di campagna.

Dall'«American Medicine» traduciamo questa poesia di un devoto ammiratore del medico rurale negli Stati Uniti.

«Voi lo riconosceste dalle scarpe infangate, dall'abito di taglio corretto ma dell'anno precedente, dallo sguardo un po' stanco, dalla dolcezza del sorriso.

Lo riconosceste quando i ragazzi sciamavano dalla scuola e con brioso chiasso lo accostavano per gridargli il loro «Buon giorno, dottore»!

Lo riconosceste in piena notte quando, sfidando il nevischio e la pioggia, pestando la fanghiglia e le pozzanghere, raggiungeva un letto di dolore.

Lo riconosceste all'alba quando, ancora seduto accanto al vostro letto, abbattuto ma vigile, posava dolcemente la mano sulla vostra fronte.

Non si mostrò mai irascibile quando una sua parola mite poteva confortare. Ma le facezie che egli inventava per voi, vivono ora solo nella memoria!

Egli non cadde sui campi del Belgio, ove crescevano gli scarlatti papaveri; ma si esaurì prodigandosi per assistere persone come voi e come me.

Nessuna croce ora lo ricorda, là nei campi delle Fiandre, tra il chiassoso scarlatto dei rosolacci, ma la sua croce è nei cuori devoti di modeste persone, come voi e come me».

L. V.

Gratitudine.

Riportiamo dal «Medico Italiano» un grazioso sonetto in meneghino, dovuto al professor G. B. Ughetti.

Questi è un piemontese trapiantato da molti anni in Sicilia: non può dunque a meno di sorprendere che egli maneggi con tanta perfezione il dialetto di Milano. Ciò comprova la versatilità di quel brillantissimo ingegno.

'Na volta g' ho avuu in cura un certo «Ran-
Cont' on infiammazion a l'«apendis». [tié»]
Peuss dill senza vantamm, l'è merit mè
Se l'è minga andaa drizz in paradis.

Intant ch'el curi, vedi un so «terrié»
Ch'el sgnagna, ch'el zoppigna, ch'el patiss;
Sto pover can el g' ha una spina a on pè:
La tiri via pian pian e 'l can el guariss.

Adess poeu, quand j' ncontri, lu el padron
El fa finta de nient, o pur el resta
A legg on quaj avis in sul canton;

Invece el so terrié, che de lontan
El me ved, el cor subit a famm festa:
Par minga vera: e sì ch' l'è domà on can!

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La condotta piena in Senato.

Il sen. prof. Rampoldi aveva interrogato il ministro dell'Interno sul pericolo che i comuni eludano le disposizioni sulla condotta residenziale; il sotto segretario di Stato ha così risposto per scritto:

« Questo Ministero da tempo ha iniziato un'azione decisiva per la soppressione delle condotte sanitarie così dette a cura piena, ancora esistenti nel Regno. L'azione svolta ha dato benefici risultati; ed infatti sulle 66 provincie, nelle quali vigevano, in tutto o in parte, le condotte piene, già in 37 di esse sono state interamente abolite, in altre 22 per la massima parte, e soltanto in 7 provincie le istruzioni del Ministero vanno applicandosi con qualche difficoltà.

I ricorsi prodotti dai comuni avverso le decisioni delle Giunte Provinciali Amministrative, che hanno ordinata la soppressione delle condotte piene, sono stati finora rarissimi; e mentre si provvede per la loro più sollecita risoluzione, furono rinnovate premure ai Prefetti perchè con ogni mezzo legale conducano a compimento l'efficace azione intrapresa.

Non risulta al Ministero che nuove Amministrazioni comunali intendano opporsi alla trasformazione delle condotte piene, ma se resistenze in tal senso dovessero manifestarsi, non si mancherà di disporre perchè si provveda in conformità della legge comunale e provinciale, mediante sostituzione dell'autorità governativa ai poteri elettivi locali ».

Per i medici condotti pensionati.

L'on. Galliani aveva interrogato il Governo per sapere se ha intenzione di aggiungere le indennità caro-viveri alle pensioni concesse dalla Cassa di previdenza dei medici condotti. Il sotto-segretario di Stato al Tesoro rispose piuttosto evasivamente. L'interrogante replicò con un efficace, alto discorso, di cui ci limitiamo a riportare qualche brano:

« Molti medici hanno pensioni che non raggiungono le cento lire; qualcuno, pochissimi invero, arriva a duecento lire mensili, cioè quanto per una persona civile basta appena, seppure basta, per la pigione di casa.

Vorrei dunque chiedere alla coscienza del Governo, alla coscienza della Camera e del Paese, se può ritenersi giusto che questa gente abbia a soffrire così, dopo tanti sacrifici fatti per la società.

Voi mi dite che i medici condotti fanno parte di una Cassa speciale, che è una Cassa privata, sostenuta dai contributi di classe e da quelli delle Amministrazioni.

Voi mi fate intendere con la vostra risposta che lo Stato non comprende e non sente l'aiuto doveroso che va dato a questi benemeriti, ma io voglio farvi capire, onorevole Ministro, che ci sono stati e vi sono ancora dei rapporti che si traducono in un preciso dovere del Governo verso la classe dei medici condotti.

Voglio ricordarvi (e non parlo *pro domo mea* perchè non appartengo più alla classe dei sanitari condotti) che voi li avete usati per lunghi anni nel servizio di ufficiali sanitari, senza poi dir loro neanche un grazie, mentre sapete bene che gli ufficiali sanitari prestano un'opera che interessa non soltanto la cerchia del Comune, ma tutta la Nazione.

In verità questi professionisti, che dopo aver tanto lavorato, dopo aver coperto un posto così onorifico, così rispettato e utile, oggi sono costretti a restringere la cintola perchè non possono provvedersi di sufficiente cibo, ricordano un poco i vecchi garibaldini, che, dopo aver dato tutto alla Patria, volontariamente, eredi di una grande gloria, sono obbligati a chiedere per via la carità ai passanti ».

L'on. Galliani termina invocando l'aiuto del Governo a pro dei vecchi medici pensionati, delle vedove abbandonate nella mieseria, e degli orfani: che il Governo ripari un'ingiustizia, e, come è suo dovere, a nome della Nazione, saldi un innegabile debito di riconoscenza.

Vertenza tra due colleghi.

I sigg. dottori Ascarelli Attilio e Bucciante Alfredo furono incaricati, dall'autorità giudiziaria, di una perizia medica a carico di alcuni operai. Nel presentare le conclusioni delle loro indagini peritali, credettero di pronunciarsi anche sull'opera professionale di un medico. Sorto incidente, il Tribunale giudicò che i periti avevano ecceduto dai limiti loro assegnati nel mandato. A seguito di tale giudizio, il Sanitario che era stato chiamato in questione si rivolse in via cavalleresca ai due periti: uno di essi, il dott. Ascarelli, non accettò la sfida; pubblicamente ingiuriato nei giornali cittadini, ricorse alla Società di Medicina Legale e all'Ordine dei Medici della provincia di Roma, per sentir tutelata la sua qualità di perito.

***

La Società di Medicina Legale, nelle sedute del 23 febbraio e 5 marzo, ha preso in esame la vertenza.

La Società ha approvato un ordine del giorno col quale:

1° « resa edotta del caso Ascarelli si rende so« lidale con lui e ne approva l'operato;

2° « ritenuto che per il giudizio emesso da un « perito nel disimpegno del mandato conferitogli « dall'autorità giudiziaria non possa aver luogo al« cuna vertenza personale, senza grave offesa delle « prerogative della funzione peritale, richiamando« si al caso del prof. Ascarelli, ricorre all'on. Or« dine dei Medici perchè col suo intervento voglia « tutelare la funzione professionale dei periti me« dico-legali *che in questo caso* venne così grave« mente lesa e confermare solennemente l'assoluta « insindacabilità di giudizio, del perito ».

Nella seduta del 12 marzo corrente, il Consiglio dell'Ordine emise la seguente decisione di massima:

«Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei «Medici della Provincia di Roma:

«visto il ricorso del sig. dott. prof. Attilio «Ascarelli ed i documenti allegati, circa una con«troversia col sig. dott. Luigi Sciolette, in dipen«denza delle conclusioni contenute in una perizia «medica redatta dai dottori Attilio Ascarelli e Al«fredo Bucciante;

«non entra nel merito della controversia stessa;

«afferma tuttavia che il perito non deve ren«dere privatamente ragione delle conclusioni che «emette in esecuzione del mandato conferitogli;

«e poichè, nel caso in esame, se il dott. Attilio «Ascarelli ha ecceduto dai limiti assegnatigli dal «mandato giudiziale, lo ha fatto in buona fede e «per una erronea interpretazione del mandato «stesso, ritiene che debba restare in vigore il «principio suenunciato».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8749) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. M. da M. — Occorre faccia conoscere quali sono i redditi privati di cui parla nel quesito, se, cioè, redditi professionali o di altra natura. La tassazione varia a seconda della specialità del reddito su cui è fatta.

(8750) *Concorso per la nomina a medico condotto.* — Dott. V. A. da C. M. — Per scuotere l'inerzia del Comune Ella può rivolgersi al Prefetto della Provincia, informandolo del fatto ed invocando provvedimenti.

(8751) *Soppressione di condotta - Ufficiale sanitario.* — Dott. V. S. da P. — Dal momento che il Consiglio Comunale ha soppresso proprio la sua condotta vuol dire che non se ne poteva fare a meno nell'interesse del servizio. Ognuno dei medici condotti si sarebbe doluto se fosse stata soppressa la propria. La carica di ufficiale sanitario resta affidata al medico condotto perchè, essendo scaduta la facoltà del Prefetto di provvedere con incarichi provvisorii, non può conferirla a liberi esercenti che mediante concorso.

(8753) *Residenza del medico condotto.* — Dottor G. B. R. da P. di S. R. — La Giunta Amministrativa nel modificare il capitolato per apportarvi il necessario aumento di stipendio ha avuto cura di togliere qualche disposizione che era contraria alla legge. E poichè l'obbligo di risiedere nel luogo ove si presta servizio è sancito dalla legge, lo ha imposto, senza altro. Nè con ciò ha creduto violare un suo diritto acquisito perchè non vi può mai essere diritto acquisito su di un fatto assolutamente vietato dalla legge. Il medico condotto residenziale non si concepisce se non ha la residenza *in loco*: nessuno può essere residenziale, dimorando in un Comune o località diversa. Ella, quindi, può ben accettare la modifica, ancorchè fatta a sua insaputa, e, qualora l'immediato cambiamento possa arrecarle notevole disagio momentaneo, potrà chiedere, almeno, una congrua dilazione a raggiungere la nuova sede e potrà ottenerla anche nella considerazione che, come ci avverte con la cartolina del 18 andante, solamente ora Le è stato comunicato il nuovo capitolato.

(8754) *Ufficiale sanitario - Incompatibilità.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Non esiste una esplicita e tassativa disposizione di legge che dichiari non essere incompatibile l'ufficiale sanitario che abbia un fratello proprietario di una farmacia. Però essendo stata tolta all'ufficiale sanitario la facoltà di visitare le farmacie esistenti nel Comune è da ritenere che non vi sia alcuna ragione per ammettere una incompatibilità che non ha più ragione di esistere. Lo stesso Consiglio di Stato ha ammesso che anche quando l'ufficiale sanitario abbia un congiunto che eserciti nel Comune un'arte o industria soggetta alla vigilanza igienica, non si determina per tal fatto giammai una incompatibilità legale, ma bensì una semplice incompatibilità morale.

(8755) *Pensioni dei medici anziani.* — Dott. C. R. da C. — Per riscattare gli anni di servizio cui accenna occorre dimostrare che si era in servizio di medico condotto nel 1° gennaio 1899, giorno in cui andò in vigore la legge sulle pensioni, che si avea libertà di aderire o di non aderire alla cassa e che si sia allora rifiutata la iscrizione o che si sia rimandata ad altro tempo. Poichè Ella non si trovava in tali condizioni, la Cassa Le ha data la risposta che ci ha trascritta, che, del resto, risponde alla testuale disposizione dello articolo 42 della legge.

(8756) *Revoca di bando di concorso.* — Dottor A. P. da C. — Allorquando si è revocato il bando di concorso, coloro che avessero eventualmente presentate le domande, non hanno alcun diritto per ottenere che il concorso, non ostante la revoca del bando si espleti e sia nominato medico condotto, unico concorrente. La revoca del bando è sempre in facoltà del Comune, purchè fatta prima della scadenza del termine fissato per la presentazione delle domande.

(8757) *Capitolato - Modifiche.* — Dott. G. B. R. da P. di S. R. — Il Comune può apportare al capitolato quelle modifiche che crede opportune e necessarie pel regolare andamento del servizio. Le dette modifiche dovranno essere sempre approvate dalla G. P. A. udito il parere del Consiglio provinciale di Sanità.

(8758) *Ordine dei sanitari - Ricchezza mobile.* — Dott. D. N. da R. — Il medico condotto non è obbligato ad inscriversi all'albo dei medici ma è tenuto al pagamento della R. M. sullo stipendio.

(8760) *Nomina a chirurgo condotto.* — Dottor G. G. da V. — Il servizio interinale, ancorchè per lungo tempo prestato, non dà mai diritto alla stabilità, se non è seguito da regolare nomina conseguita in base a concorso. Ella, quindi, non potrà opporsi a che il Comune bandisca il concorso. La mancata disdetta non sarebbe causa di annullamento del concorso, ma, tutto al più, di prolungamento della sua permanenza in servizio.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

BOSCO CHIESANOVA (*Verona*). — Consorzio con Cerro Veronese; poveri; L. 7000, più L. 1800 per mezzo trasporto; L. 400 quale uff. san.; indennità c.-v. L. 200 per tenuta arm. farm. Scad. 15 aprile.

CREMONA. *Amministrazione Provinciale.* — Medico di prima classe del Manicomio Provinciale; lorde L. 8630, più un decimo alla scadenza rispettivamente dopo 3 anni, dopo 6, dopo 10, dopo 15 e dopo 20 di servizio. Due indennità c.-v.; alloggio per famiglia e orto; 25 quintali gratuiti di legna per il riscaldam. e l'illuminaz. Scad. 30 aprile.

LATERA (*Roma*). — Condotta residenz., ab. 1900; L. 7500 lorde oltre L. 300 quale uff. san.; L. 500 per disagiata residenza; caro-viv. Scad. 30 aprile. Servizio entro un mese.

MICIGLIANO (*Aquila*). — Condotte: lorde L. 6000 oltre L. 1000 per disagiata residenza e L. 500 quale uff. san. Scad. 30 aprile.

MONTICIANO (*Siena*). — Prima condotta; L. 5000 oltre L. 2300 per indennità c.-v.; L. 3000 per la cav.; L. 1000 per indennità chilometraggio, e lire 400 quale uff. san. Scad. 30 aprile.

MORINO (*Aquila*). — Condotto frazione Rendinara a cura residenziale; L. 6000 e c.-v.; Scad. 15 apr.

OVARO (*Udine*). — Pei poveri; lorde L. 6000 con tre quinquenni del decimo; L. 1.50 per ogni povero in più dei mille; indennità cav. L. 2000; L. 600 se uff. san. Scad. 20 aprile.

PONTE BUGGIANESE (*Lucca*). — Seconda condotta; L. 6000 oltre L. 2000 per la cav. e L. 1200 per indennità c.-v. Scad. 30 aprile.

SAREZZANO (*Alessandria*). — Consorzio; L. 4500 con tre quinquenni del decimo; L. 1200 per indenn. trasferta e L. 500 quale uff. san. Scad. 15 aprile.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). *Ospedale Maggiore.* — Condotte mediche dipendenti dall'Ospedale: prima zona frazione Cavallotta; seconda zona Parrocchia di San Giovanni a Pieve. L. 4000 e caro-viveri. Scadenza 15 aprile.

SERNAGLIA (*Treviso*). — Condotta; L. 6000 fino a 1000 poveri; L. 2 per ogni povero in più; L. 1800 per mezzo trasp.; L. 400 se uff. san.; cinque quinquenni. Età-limite 45 anni. Chiedere annunzio. Scadenza 30 giorni dal 14 marzo.

SUZZARA (*Mantova*). *Ospedale Civico.* — Direttore medico primario; L. 10,000 oltre proventi diversi. Richiedesi libera docenza. Scad. 15 aprile.

VILLAFRANCA (*Verona*). — Condotto primo reparto e Ospedale Morelli-Bugna; L. 7000 per i soli poveri; L. 1000 per il mezzo trasporto; doppia indennità c.-v. Scad. 15 aprile.

Medico giovane, con pratica ospedaliera, cerca interinato. Scrivere offerte e condizioni dott. Salghini Livio, Modigliana (Firenze).

Chirurgo pratica ospedaliera occuperebbesi Direzione Ospedale provincia. Rivolgersi Arnaldo Pozzi, via Sistina, 20 - Roma.

Dottoressa pratica ospedaliera cerca buon interinato. Pallagrossi, via Palestro, 49 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ROMA. — In esito al concorso per esami ai premii biennali di «Fondazione Maggi» per laureati in Medicina e Chirurgia della R. Università di Roma, il Consiglio Accademico dell'Università, in data 25 marzo 1921, ha approvato i verbali d'esame ed assegnato un premio di perfezionamento in *Patologia Speciale Medica* al dott. Monteleone Remo; un premio di perfezionamento in *Pediatria* al dott. Fiorentini Augusto; ha annullato per vizio di procedura i risultati delle prove orali pel premio di perfezionamento in clinica chirurgica.

In esito al concorso per titoli ad un premio straordinario «Fondazione Colasanti» per laureati in Medicina della R. Università di Roma, è stato dichiarato vincitore il dott. Curatolo Francesco.

In esito al concorso per titoli a premi straordinari «Fondazione Corsi» per laureati in Medicina e Chirurgia della R. Università di Roma, il Consiglio Accademico, vista la relazione della Facoltà di medicina, ha proclamato vincitori e conferiva un premio ai dottori (in ordine alfabetico): Doria Raimondo; Lucherini Tommaso; Monteleone Remo; Pedroli Luigi; Poltronieri Marcellino; Trenti Enrico.

MILANO. — Il prof. Felice Perussia ha assunto l'incarico dell'insegnamento della radiologia medica presso i RR. Istituti Clinici di Perfezionamento.

NOTIZIE DIVERSE.

X Conferenza Internazionale delle Società di Croce Rossa.

In questi giorni ha luogo a Ginevra la X Conferenza Internazionale delle Società di Croce Rossa di tutto il mondo, la quale assume una importanza grandissima perchè in essa devono gettarsi le basi di un'opera mondiale per la ricostruzione e il risanamento sociale. La Conferenza deve decidere infatti sui mezzi più opportuni di organizzare tutte le forze della carità, non solo per soccorrere le vittime della grande guerra non ancora spenta e delle rivoluzioni serpeggianti nel mondo, ma per assistere tutte le vittime così di guerra, come di tutte le malattie sociali e delle pubbliche calamità, per prevenire e combattere dovunque i morbi infettivi ed epidemici, per diffondere dappertutto i sani precetti della salute, per consolare, per attenuare, per dividere con fraterno amore in tutto il mondo tutto il dolore che non si può evitare.

In questa Conferenza verrà ratificato l'accordo testè concluso fra Gustavo Ador, Presidente del Comitato Internazionale della C. R. e il sig. Henderson, Direttore generale della Lega della Società di C. R., per delimitare il campo di azione delle due grandi Istituzioni. Base di questo accordo è una cordiale e fervida collaborazione fra le due istituzioni inspirandosi al desiderio di porre l'ideale della Croce Rossa al disopra di ogni rivalità.

Nella Conferenza vengono discussi temi di alta importanza, quali «La Croce Rossa Internazio-

nale nella guerra civile»; «Necessità di una organizzazione internazionale per il pronto soccorso alle popolazioni colpite da improvvise calamità»; «I rapporti della C. R. con gli altri Enti filantropici, sia nazionali che internazionali». Su tutti questi temi, come su tutta l'opera svolta durante la guerra, la Presidenza e la Direzione Generale della Croce Rossa Italiana presenteranno delle elaborate relazioni.

Prima della Conferenza è indetta una riunione del Consiglio dei Governatori della Lega delle Società di C. R. e alla Conferenza seguirà la riunione del Comitato Internazionale delle opere di soccorso all'infanzia più duramente provata dalla guerra.

L'Italia è rappresentata alla Conferenza, oltre che dai Delegati ufficiali del Ministero degli Esteri e della Guerra, dal Presidente Generale della C. R. on. sen. Giovanni Ciraolo, dal Direttore Generale comm. prof. Cesare Baduel, dal prof. Tullio Rossi Doria, dal conte comm. Guido Vinci, delegato generale della C. R. I. per la Svizzera.

È bene che gl'italiani seguano col massimo interesse i lavori di questa Conferenza, che segnerà il principio di un'opera nuova per l'assistenza sociale dell'umanità che soffre.

Per tutelare l'igiene dello spirito.

Ad iniziativa del medico milanese dott. Luigi Pera — coadiuvato da un gruppo di colleghi, professore Vito Massarotti, prof. Serafino Patellani, prof. Giov. Valillo, dott. Leonardo Paglieri e dottor Franco Cavezzali — è sorta in Milano, sotto il titolo di «Vita Nuova», un'Associazione avente per programma la tutela dell'igiene dello spirito, salvaguardando i soggetti sani di mente e di cuore dalle cause di follia, di delinquenza, di vizio, di immeritate sofferenze morali.

Programma, come si vede, per sè stesso non nuovo, mentre originali tipicamente e pratici i mezzi escogitati dai promotori per tradurre in atto il loro programma; nuovo il modo di funzionare dell'istituzione.

Il sodalizio è strettamente apolitico e aconfessionale.

La quota sociale annua è di lire cinque. Per conoscere lo statuto, per schiarimenti, ecc., rivolgersi alla sede dell'Associazione, via S. Paolo, n. 10.

Conferenze.

L'on. prof. Pietro Castellino tiene un breve ciclo di conferenze mediche ad Alessandria d'Egitto, nei locali della «Dante Alighieri». Vi affluisce un denso pubblico di connazionali (fra cui tutti i medici) e di stranieri, comprese molte signore. L'on. Castellino espone con tanta chiarezza ed efficacia le tesi ed i postulati della scienza medica, sa rivestire i suoi dettati e le sue conclusioni con una forma così smagliante e quasi poetica, da riuscire accessibile anche ai profani e da avvincere l'uditorio. Egli è stato salutato da magnifiche ovazioni.

Per i laureati a Padova negli anni 1892 e 1893.

Si è costituito un Comitato per riunire a fraterno convegno e banchetto a Padova i colleghi dei due corsi laureati nel 1892 e 1893, non essendosi potuto festeggiare il 25° della laurea per causa di forza maggiore. Tutti i colleghi di questi corsi sono pregati di inviare la loro adesione e L. 15 in acconto della spesa totale al dott. Antonio Dian, Campo S. Stefano, 2768 - Venezia.

La tariffa per le visite mediche agli invalidi di guerra in Francia.

Un decreto del Ministero delle Pensioni, recante la data 9 marzo, ha fissato come segue la tariffa delle prestazioni sanitarie agli invalidi di guerra in Francia, per dirimere la lunga controversia cui abbiamo accennato nello scorso numero.

Nei comuni fino a 5000 abitanti: visita nel gabinetto del medico (*consultation*), fr. 4; visita a domicilio del paziente (*visite*), fr. 5; nei comuni con popolazione superiore, fino a 50,000 abit. fr. 5 e 6 rispettivamente; fino a 100,000 abit., fr. 6 e 7; fino a 200,000 abit., fr. 7 e 8; oltre i 200,000 abit., fr. 8 e 9; per consulti di due medici, aumento del 50 % al medico curante e tariffa ordinaria del comune aumentata del 50 % al medico consulente; per visite d'urgenza fra le ore 22 e le 6, raddoppiamento della tariffa. Indennità chilometraggio: variabile con la natura topografica della regione e con i mezzi di trasporto; viene fissata dai prefetti; non deve superare fr. 1.50 a km.; viene esclusa per i percorsi inferiori a 2 km. e nei comuni che superano 100,000 abit.; se due o più visite vengono eseguite sullo stesso percorso, si computa una sola volta, per il percorso più lungo. Per gl'interventi operativi minori la tariffa è raddoppiata o triplicata (sono esclusi alcuni interventi semplici, come le iniezioni ipodermiche e le medicature, che non vengono compensati a parte); per quelli maggiori è prevista l'ospedalizzazione. Quanto ai medicinali ed alle analisi, ne verrà fissata la tariffa in un'ordinanza concertata tra il Ministero delle Pensioni e il Ministero delle Finanze.

Questo decreto segna un passo considerevole rispetto alle prime offerte formulate dal Governo.

La stampa politica teme che, sebbene gli invalidi rappresentino una piccola percentuale della popolazione, possano però gravare in modo esorbitante sulle finanze statali; si parla di mercantilismo dei medici e dei farmacisti, di difesa dell'erario, ecc. Viceversa l'Unione dei Sindacati Medici della Francia ha rifiutato di riconoscere il decreto, perchè la tariffa è ancora insufficiente e perchè viene imposta d'imperio, sotto forma di tassazione, mentre l'art. 64 della legge originaria prevedeva un'intesa col Corpo medico.

Una mutua tra medici ex combattenti in Francia.

Sotto il titolo di «Associazione mutua del Corpo sanitario del fronte» si è costituita in Francia una Società di mutuo soccorso con lo scopo di assistere i sanitari militari di complemento mutilati e riformati di guerra, le vedove, gli orfani e gli ascendenti dei commilitoni uccisi sul campo o morti in seguito a ferite, a malattie od a fatiche di guerra; la nuova Associazione comprenderà medici, farmacisti e dentisti, così delle formazioni sanitarie avanzate, come dei reggimenti.

La segreteria generale ha sede a Parigi VIII, rue de Téhéran, n. 16.

Nel Corpo Sanitario militare francese.

Il Ministero della Guerra francese ha adottato per il Corpo sanitario militare gli stessi gradi delle armi combattenti, soddisfacendo così un voto da lungo tempo espresso dal Corpo sanitario medesimo.

Nel giornalismo medico inglese.

L'editore del *Medical Press and Circular,* Albert Alfred Tindall, ha raggiunto il suo 80° anno di vita; egli è da 50 anni nel giornale, raggiungendo così un *record* senza rivali presumibili. Il *Medical Press and Circular* conta 82 anni di vita ed in Inghilterra è superato soltanto, per la longevità, dal *Lancet,* il quale sta per toccare il centenario.

33° Congresso della Società tedesca di medicina interna.

Si terrà a Wiesbaden dal 18 al 21 aprile, sotto la presidenza di von Klemperer. Un solo tema è all'ordine del giorno: la tubercolosi; sarà trattato da Aschoff (Friburgo), Uhlenhuth (Berlino), Gerhardt (Würzburg), Brauer (Amburgo).

Nella Russia dei Sovieti.

Il Soviet della città di Irkutof ha riordinato il servizio sanitario: ogni medico è obbligato a dedicare un'ora della propria giornata ai malati gravi; ad ogni medico è riservato un blocco di case; il suo lavoro viene rimunerato con premi.

* * *

L'ammiraglio russo Ponomareff, che dopo il terremoto di Messina nel 1908, quale comandante della nave *Makaroff,* unitamente ai suoi marinai, salvò eroicamente la vita ad un migliaio di superstiti, vive ora, esiliato dalla Russia dei Sovieti, nella più squallida miseria, a Costantinopoli. Ha scritto al direttore della «Gazzetta di Messina» implorando qualche soccorso per sè e la famiglia.

L'appello ha trovato larga eco nella nobile e sventurata città siciliana.

Il 20 dello scorso mese, in modo repentino, veniva a mancare il dott. comm. ANTONIO ZUBIANI, nobile figura di lavoratore, di scienziato, di apostolo di quei principî umanitarî verso cui si son sentite attratte in questi ultimi anni tutte le energie dei più puri benefattori, dei volenterosi.

Convinto della necessità di iniziare anche in Italia su vasta scala e con un programma concreto la lotta antitubercolare, Egli preso posto, or sono più di 25 anni, fra i primi che predicarono la crociata; e l'attività sua doveva più tardi, nel 1903, culminare in un'opera, che rappresenta una delle più complete manifestazioni, una delle più gradite vittorie nel campo delle provvidenze igieniche e terapeutiche: nel *Primo Sanatorio Italiano.*

Ebbene, quando Egli con maggiore compiacenza guardava a questo frutto della propria intelligenza ed abnegazione, quando maggiormente si prodigava pel bene dei sofferenti, nel pieno rigoglio fisico e mentale, a soli 51 anni Egli ci venne strappato da un male altrettanto terribile, quanto quello da Lui per tanti anni combattuto.

Ad onorare la memoria di questo grande filantropo, che, morendo, lasciò nell'animo di quanti lo conobbero tanto rimpianto, si è costituito un Comitato allo scopo di raccogliere oblazioni fra i molti che lo ebbero amico, collega, maestro e padre amoroso, onde erigere un'opera che ne perpetui la figura di grande filantropo.

Le sottoscrizioni si ricevono alla sede del *Comitato* presso l'*Amministrazione del Primo Sanatorio Italiano A. Zubiani - Pineta di Sortenna* (Prov. di Sondrio).

Dott. MARCELLO RONCO.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII — Roma, 18 Aprile 1921 — Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Saggi di cutireazioni con proteine specifiche asmogene

pel dottor GIUSEPPE SABATINI
assistente e libero docente.

Il concetto della natura anafilattica dell'asma bronchiale ha in questi ultimi anni destato vivo interesse e ha dato luogo a studi, che meritano di essere attentamente presi in considerazione, largamente controllati con l'esperimento e criticamente valutati, mirando essi a mettere su nuove basi le nostre nozioni sull'essenza di questa frequente ed oscura malattia.

Io mi sono ampiamente occupato di queste moderne ricerche in un lavoro (1) nel quale, esponendo lo stato attuale delle nostre conoscenze sull'argomento, ho riunito, fra l'altro, i dati e le conclusioni degli studi sulla origine anafilattica dell'asma bronchiale. Posso per ciò qui omettere ogni esposizione generale della questione, rimandando a questo mio lavoro, ove trovasi anche tutta la bibliografia moderna.

Successivamente ad esso è comparso solo qualche altro scritto sull'argomento, fra cui la XXIX memoria di Walker e Adkinson (2), ed un capitolo sull'asma, pubblicato da Walker

(1) G. SABATINI, *Moderne vedute sull'etiopatogenesi e sulla terapia dell'asma bronchiale.*
(2) I. CHANDLER WALKER e J. ADKINSON. — *Tipi di streptococchi trovati negli sputi degli asmatici.* The Journal of med. Res., 1919, n. 2, 40.

nel « The Oxford Loose Leaf System of Medicine » (1).

Nella XXIX memoria, Walker insiste sulla specificità, per quanto riguarda la cutireazione e la vaccinoterapia, delle proteine dei singoli streptococchi, che si trovano nello sputo degli asmatici, e che egli, seguendo le classificazioni di Holman (2), avrebbe identificato in 4 specie emolitiche (*s. subacidus, anginosus, pyogenus, infrequens*) e 4 non emolitiche (*s. non-haemolyticus I, ignavus, salivarius, mitis*). Mentre da alcuni autori, specie americani, si va così sempre più analiticamente precisando la specifica materia anafilattica dell'asma bronchiale, e la teoria patogenetica del morbo fondata su tali basi comincia ad essere anche in Italia discussa ed ammessa (3), da altre parti non mancano valide obbiezioni critiche a siffatta concezione etiopatogenetica.

Effettivamente l'esistenza di alcune analogie fra *shock* anafilattico ed accesso asmatico non basta ad identificare le due entità morbose, quando aspettano di esser chiarite le ragioni e le vie, che a questa eventuale sensibilizzazione conducono, il perchè essa colpisce alcuni individui e lascia immuni altri, come si spiegano i vari tipi clinici e le alterazioni anatomiche, come si giustificano i fattori ereditario e costituzionale, ecc.; nè hanno d'altronde valore probativo assoluto le deduzioni patogenetiche tratte dalla cura desensibilizzatrice .

Certo è che eseguendo la cutireazione con svariate proteine animali, vegetali e batteriche, solo una certa percentuale di asmatici trovasi in istato di sensibilizzazione anafilattica. In uno studio clinico su 400 asmatici (4) Walker trovò che appena il 48 % risultavano, colla cutireazione, sensibilizzati verso una qualche proteina (e precisamente 78 a proteine di peli d'animali, 68 a proteine alimentari, 33 a proteine batteriche e 92 a pollini), rimanendo il 52 % *dei pazienti affetti da asma* senza dare alcun segno di stato di sensibilizzazione anafilattica.

Ciò posto, per stabilire il valore della concezione della teoria anafilattica dell'asma bronchiale in rapporto sopratutto con quanto risulta assodato circa lo stato allergico di siffatti infermi, mi sembra che non si possa fare a meno della conoscenza di un altro dato: il comportamento, di fronte alle singole proteine ritenute asmogene, degli individui sani o di quelli affetti da altre malattie all'infuori dell'asma bronchiale. Nessuno degli autori che si sono occupati dello studio dell'asma bronchiale ha messo finora in evidenza simili dati, che non possono non essere di grande peso nella valutazione di tutta la teoria. Io mi sono dunque proposto di studiare questo argomento in una serie di ricerche, di cui qui riporto riassuntivamente i risultati.

Come materiale di reazione ho adoperato: gli *estratti alcoolici grezzi* di pelo di cane, di pelo e di forfora di cavallo, che ho preparato da me secondo le norme date da Walker nel suo studio IV; le *soluzioni titolate* — in diluizioni variabili da 1:100 ad 1:1.000.000 — di *varie proteine*, sia preparate da me secondo il metodo di R. P. Woodehouse con lievissime modificazioni di tecnica, sia, ed in massima parte, inviatemi gentilmente in dono dallo stesso C. Walker; le *sospensioni estrattive di pollini*, che ho preparate con polveri di pollini, regalatemi anch'esse dal Walker.

Per la novità dell'argomento, credo utile e pratico dare breve notizia dei metodi di preparazione:

Estratti alcoolici greggi. — Chiamo così gli estratti alcoolici globali, che servono specialmente per le cutireazioni d'orientamento, data la discreta difficoltà di ottenere, in sufficiente dose, le relative proteine cosiddette pure. Si preparano nel modo seguente: Una manciata di peli (provenienti da vari cavalli o dalla tosatura di parecchi cani) o rispettivamente alcuni grammi di forfora di cavallo vengono messi in una bottiglia a collo largo e ricoperti con alcool al 14 %; si lascia stare alcuni giorni, scuotendo frequentemente; si decanta, eventualmente si filtra, e si ottiene un liquido torbidiccio, che si conserva a lungo e di cui si adoperano una o due goccie per cutireazione. I peli non devono esser precedentemente lavati, altrimenti pare (Woodehouse) che si ottengano estratti meno attivi.

Proteine. — 1) *Forfora di cavallo*: Circa 50 gr. di forfora di cavallo vengono messi in soluz. N/100 di KOH, e tenuti per circa un'ora a bagnomaria a 80°. È consigliabile lasciar raffreddare. Quindi si centrifuga ed il liquido soprastante, non perfettamente chiaro, viene chiarificato mediante filtrazione e neutralizzazione con HCl 1 %. Producesi un sottile precipitato (maximum al punto di passaggio dal neutro all'acido), che viene di nuovo e con difficoltà separato per centrifugazione, lavato attraverso due bagni d'acqua distillata, ridisciolto in sol. N/100 di KOH, dando liquido giallo. Riprecipitato mediante neutralizzazione con HCl, è quindi lavato lungamente con acqua.

(1) Vol. II, Parte 1ª; edito da MACKENZIE (Londra) e CHRISTIAN (Boston).

(2) Journal of med. Res., 1916, 24, pag. 177.

(3) Veggansi le Relazioni di Giuffrè e Frugoni al 26° Congresso ital. di medicina interna (ottobre 1920).

(4) Boston med. and surg. Journ., 29 ag. 1918.

Numero d'ordine	NOME PROFESSIONE ED ETÀ	Estratto alcool. forfora di cavallo (1)	Estratto alcoolico peli di cane	Proteina forfora di cavallo	Caseina del latte	Proteina siero di cavallo	Proteina bianco uovo	Controllo alcool 14 %	Controllo soluzione KOH N / 100	Controllo soluz Na Cl 0.85+alcool 12%	Controllo a secco	DIAGNOSI CLINICA
1	Z., contadino . . anni 42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	nefrolitiasi sinistra.
2	V., orefice . . . „ 64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	lues, afasia sensoriale.
3	S., panettiere . . „ 40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	pleurite destra.
4	C., vetturino . . „ 54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ulcera duodenale.
5	T., bracciante. . „ 40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	lues.
6	T., „ . . „ 50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	enterorragia (da tifo ?)
7	A., „ . . „ 16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	tbc. polmonare.
8	C., „ . . „ 17	±	—	—	—	±	—	—	—	—	—	mal. di Little.
9	P., contadino . . „ 43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	linfosarcoma mediastinico.
10	B., pastore . . . „ 69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	labirintite.
11	G., macchinista . „ 51	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	encefalite epidemica.
12	D., venditore . . „ 23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	gomme del polmone.
13	L., carrettiere. . „ 39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	insufficienza tiroidea.
14	G., „ . . „ 36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	encefalite epidemica.
15	A., impiegato . . „ 32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	mal. di Basedow.
16	L., cameriere . . „ 39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	malaria.
17	B., bracciante. . „ 25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	id.
18	A., guardia. . . „ 39	±	—	—	—	—	—	—	—	—	—	id.
19	G., chauffeur . . „ 27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	dissenteria amebica.
20	R., guardia. . . „ 32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	tifo.
21	A., pasticciere. . „ 32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	morbo di Hodgkin.
22	M., muratore . . „ 28	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	coliche appendicolari.
23	S., fumista . . . „ 58	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	diabete, malaria.
24	P., impiegato . . „ 30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	pleurite sinistra.
25	G., pensionato. . „ 65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	insufficienza mitralica.
26	M., contadino . . „ 18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	arteriosclerosi.
27	D., pescivendolo . „ 56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	miocardite.
28	L., muratore . . „ 30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	neurastenia.
29	S., „ . . „ 30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	tubercolosi polmonare.
30	R., „ . . „ 9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	osteite tubercolare.
31	C., contadino . . „ 33	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	tubercolosi polmonare.
32	D., carrettiere. . „ 57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	angiocolite.
	Totale esperimenti . .	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	
	„ *reazioni positive*	1	2									
	„ *reazioni dubbie* .	2				1						

(1) + Significa reaz. positiva; — reaz. negativa; ± reaz. dubbia.

Numero d'ordine	NOME PROFESSIONE ED ETÀ	Gliadina di frumento	Glutenina di frumento	Proteina di avena	Proteina di granoturco	Polline di Ambrosia elatior	Polline di fieno (1)	Controllo soluz. KOH N/100	Controllo soluzione Na Cl. 0,85 % + alcool 12 %	Controllo a secco	DIAGNOSI
33	C., manuale . . . anni 26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	malaria.
34	M., bracciante . . „ 48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	malaria.
35	D., calzolaio . . . „ 47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	tic nervoso.
36	V., „ . . . „ 12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	echinococco fegato.
37	C., ferroviere. . . „ 44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	nefrite.
38	V., bracciante . . „ 70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	insufficienza aortica.
39	P., „ . . „ 9	+	—	—	+	—	—	—	—	—	nefrite.
40	B., tappezziere . . „ 40	—	+	±	—	+	—	—	—	—	encefalite letargica.
41	R., fuochista . . . „ 66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	endocardite cronica.
42	A., muratore. . . „ 57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	infezione febbrile.
43	M., facchino . . . „ 70	—	+	—	—	—	—	—	—	—	emiplegia destra.
44	I., sellaio . . . . „ 76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	infezione febbrile.
45	C., contadino. . . „ 47	—	—	+	—	—	±	—	—	—	id.
46	B., manuale . . . „ 17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	id.
47	P., ferroviere. . . „ 37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	enterorragia?
48	C., „ . . . „ 30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ulcera duodenale.
49	C., donna casa . . „ 57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	splenomegalia.
50	M., sarta . . . . „ 20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	lues.
51	?., studente . . . „ 18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	tbc. polm.
52	R., lavandaia. . . „ 43	+	—	—	—	—	—	—	—	—	bronchite cronica.
	Totale esperimenti. . .	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
	„ *reazioni positive*.	2	2	1	1	1					
	„ *reazioni dubbie* .	1		1			1				

(1) Gen. *phleum*; in inglese *timothy*.

alcool a 95°, alcool assoluto, etere, e disseccato su acido solforico nel vuoto. Si ottengono circa 50 centigrammi di polvere bruna che costituirebbe l'alcali-metaproteina degli autori americani.

2) *Proteina di peli di cane.* — Un pugno di peli di cane non lavati vengono lasciati per circa 24 ore in soluz. N/100 di KOH, poi spremuti, ritirandone il liquido, che, filtrato, appare giallo chiaro. Si rimettono quindi per altre due volte nella soluz. di KOH, e quindi i 3 liquidi ottenuti si mescolano, e si estrae da essi la relativa alcali-metoproteina, eseguendo tutte le manovre indicate sopra per la forfora e ciò dalla neutralizzazione con HCl al disseccamento.

Per eseguire poi le cutireazioni e le vaccinazioni, io ho, secondo le istruzioni comunicatemi direttamente dal Walker, disciolto queste polveri, che sono di vario colore ed emanano lieve odore di peptone, in soluzione $N/_{100}$ di KOH. La prima soluzione è fatta per pesata (10 cgr. di proteina in 10 cmc. di liquido) e corrisponde alla soluzione 1: 100.

Da questa si ottengono poi le successive diluizioni fino a 1:1,000,000 prendendo ogni volta 1 cc. della soluz. precedente ed aggregandovi 9 cc. di KOH.

Per i pollini il liquido usato è la soluzione normale di Na Cl. (0.85 %) più alcool assoluto, in modo che la soluzione salina contenga il 12 % di alcool.

Con gli estratti alcoolici greggi e con le soluzioni delle diverse proteine, allestite nel modo testè descritto, ho fatte le cutireazioni.

Ecco il metodo seguito. Sulla reg. flessoria dell'avambraccio, dopo disinfezione con etere, ho praticato con una punta acuminata di lancetta o di ago tante scalfitture (sì da interessare solo l'epidermide, evitando la fuoriuscita del sangue) quante erano le proteine da saggiare con estratti greggi o soluzioni titolate, aggiungendo in più altre scalfitture per i controlli, e precisamente per la soluzione $N/_{100}$ di KOH, per la soluzione idroalcoolica di NaCl e per l'alcool al 14 %. Su ciascuna di queste incisioni veniva disposta una goccia della relativa proteina o del liquido controllo; un taglio veniva infine lasciato a secco, come controllo di tutti. Per semplificare l'operazione avevo in antecedenza preparato un certo numero di bastoncini di vetro sterilizzati, coi quali prendevo la goccia di proteina di controllo da deporre sui tagli.

Trascorsa mezz'ora, venivano esaminate le reazioni, e segnate positive quelle, nelle quali si era formato un alone, a guisa di sollevamento papuloide biancastro o di chiazza di orticaria, della grandezza (Walker) di almeno 0.5 cm. di diametro.

Al 26° Congresso di Med. Interna, tenutosi in Roma l'ottobre scorso, ho brevemente comunicato in una nota preventiva alcuni risultati di mie ricerche fatte con questa tecnica.

La presente serie di ricerche riguarda 52 individui, fra sani ed infermi di malattie diverse dall'asma, e 4 ammalati accertati di asma bronchiale essenziale.

Riassumo in un quadro d'insieme i risultati dei protocolli delle mie ricerche.

Da questa serie di ricerche io ho dunque ottenuto i seguenti risultati: la cutireazione è stata in complesso positiva in 10 casi, e precisamente risultarono sensibilizzati 1 caso per la forfora di cavallo, 2 per i peli di cane, 1 per la gliadina di frumento, 1 per la glutenina di frumento, 1 per la proteina di avena, 1 per il polline di Ambrosia elatior e la glutenina di frumento insieme, 1 per la gliadina di frumento e la proteina di granoturco; in 6 casi il risultato fu dubbio per uno o più saggi insieme.

Di guisa che io ho ottenuto la cutireazione positiva nel 19.2 % di infermi in cui può escludersi assolutamente l'asma bronchiale; esiste perciò il 19.2 % di individui non asmatici, che sono sensibilizzati verso una o più di quelle sostanze, oggi generalmente ritenute quali asmogene nel senso anafilattico. E questa percentuale crescerebbe certo se si adoperasse, per le cutireazioni di ogni singolo individuo, un numero maggiore di proteine di quelle da me usate.

In quanto ai 4 asmatici essenziali, tre non hanno reagito con nessuna delle proteine da me usate per i saggi ed uno ha dato cutireazione positiva per la forfora di cavallo e la proteina di frumento, fino alla diluizione di 1: 100,000.

Venendo ora alle deduzioni teoriche e pratiche, che si possono trarre dai risultati di queste esperienze, noi dobbiamo anzitutto mettere in evidenza il dato, che in principio ci eravamo proposti di ricercare: e cioè che anche al di fuori dei casi di asma si possono avere cutireazioni positive, e ciò, in cifra tonda, in 1/5 dei casi (20 %).

Sicchè la positività delle cutireazioni di fronte a proteine ritenute asmogene non è assolutamente specifica degli asmatici. Tale risultato è importante soprattutto dal punto di vista dottrinale, poichè toglie alla teoria anafilattica dell'asma uno dei suoi punti di appoggio, e cioè quello fondato sulla specificità delle cutireazioni.

Finora infatti non erasi dimostrata per tutti gli asmatici la sensibilizzazione anafilattica, ma alla cutireazione, quando risultava positiva, assegnavasi valore specifico; dalle mie ricerche questa specificità non risulta più, poichè almeno il 20 % d'individui non asmatici possono dimostrarsi sensibilizzati verso le proteine ritenute asmogene senza per questo avere l'asma.

In secondo luogo dalle suesposte ricerche noi siamo autorizzati a stabilire che non essendovi specificità di reazione, non si può sempre e senz'altro concludere, negli asmatici, che una cutireazione positiva, verso una determinata sostanza, valga ad indicare la medesima quale causa della malattia: e questo risultato ha non soltanto un valore dottrinale, ma anche un valore pratico per la diagnosi eziologica e la terapia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DIMOSTRATIVA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA.
Prof. GUIDO IZAR, direttore-incaricato.

Sui pericoli nell'uso del cacodilato ad alte dosi in terapia

pel dott. EMANUELE SANFILIPPO, ass. volontario.

La comunicazione di Lhermitte e Quesnel sull'uso di alte dosi di cacodilato, nella cura del morbo di Parkinson, ha fatto in breve sorgere una letteratura al proposito. Diversi AA. hanno cercato di applicare tale trattamento non solo nelle sindromi nervose con fenomeni di ipertonia, ma ancora nell'arteriosclerosi per l'azione ipotensiva del cacodilato, nelle anemie gravi postoperatorie per l'azione tonica e ricostituente, in certe malattie dell'apparato respiratorio e nella tubercolosi a forma torpida, nella sifilide, nella febbre ricorrente e nel paludismo per l'azione antiparassitaria ed infine in certe dermatiti croniche ribelli per la nota azione modificatrice dell'arsenico sulla pelle. La dose iniettata varia a seconda degli sperimentatori e della via di introduzione. Nella somministrazione per via endovenosa il maggior numero degli autori iniziano il trattamento con 50 cgr. per salire ad 1, 1.5 gr. e persino a 2.5 gr. per ciascuna iniezione continuando nelle iniezioni quotidiane o a giorni alterni, sino ad un totale di 6-18 gr. di cacodilato di sodio in 15 giorni.

Anche con dosi così elevate gli accidenti osservati furono di così lieve entità da renderli quasi trascurabili; solamente il Rogers accenna all'importanza di un esame metodico delle urine, per stabilire una eventuale lesione renale ed alla comparsa di diarrea, vomito, emottisi, che debbono consigliare la sospensione della cura.

Tali risultati, coronati da brillanti successi curativi, inducevano alla riprova. Da prima ho trattato un Parkinsoniano in età abbastanza avanzata con dosi via via crescenti da 0.25 a 1.5 gr. per iniezione endovenosa sino ad un totale di 18 gr. Il soggetto ha dimostrato di sopportare senza inconvenienti di sorta le iniezioni e di risentirne qualche giovamento specialmente in rapporto ai fenomeni di ipertomia.

L'innocuità apparente del preparato mi indusse a sperimentare il metodo in due casi di malaria cronica con enorme splenomegalia. Si trattava di due donne di 50 anni, nella cui anamnesi spiccava infezione malarica ripetutamente recidivante, in condizioni generali discretamente buone pur presentando le note stigmate di malaria cronica con enorme tumore splenico. All'esame del sangue spiccava mononucleosi: nulla a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio; fegato di volume pressochè normale a superficie liscia, di consistenza un po' aumentata.

Istituisco in entrambe un trattamento quasi identico con iniezioni endovenose di dosi crescenti di cacodilato di sodio da 40 ctgr. ad 1 gr. *pro die* per saggiare la tolleranza. Non avendo osservato reazione di sorta a questa dose, ripeto le stesse dosi sino a un totale di 11.7 gr. in 16 giorni in un caso, di 16.7 gr. in 24 giorni nell'altro, corrispondenti a circa 70 ctgr. *pro die*.

L'esame delle urine, eseguito giornalmente, non rilevò alterazione alcuna a carico del rene: così pure non si notarono variazioni nell'attività cardiaca; solo la pressione arteriosa mostrò lieve abbassamento della massima.

Spiccata fu invece la diminuzione del tumore splenico, che in breve si ridusse a circa la metà del primitivo volume. Alla riduzione di volume andò parallelo un dolore vivo alla regione splenica, più intenso in corrispondenza dell'ilo. La riduzione di volume raggiunse all'incirca il suo massimo, dopo la somministrazione di 6 gr. di cacodilato: le iniezioni successive non provocarono ulteriori variazioni.

Dopo questa prima serie le ammalate vennero lasciate in riposo, essendo mia intenzione di riprendere il trattamento dopo circa un mese, quando improvvisamente a distanza di 12 giorni dall'ultima iniezione, l'ammalata trattata con 11.7 gr., in 16 giorni presentò viva elevazione termica che persistette il giorno successivo: in terza giornata apiressia. Tre giorni dopo improvvisi, violentissimi dolori addominali, senso di costrizione alle fauci, dispnea. La temperatura si abbassa a 35°: insorge vomito sanguinolento e diarrea, dapprima con feci liquide, poi miste a sangue, in ultimo prettamente sanguigna. Compare tenesmo anale e vescicale. Obbiettivamente facies ansiosa, stato soporoso, cianosi al volto, pelle umida coperta da sudore viscido, lingua secca fortemente arrossata, forte dispnea, polso 130 filiforme. Addome dolente alla palpazione. Il giorno successivo petecchie all'addome ed alla faccia: delirio tranquillo: continua il vomito e le scariche diarroiche con sangue. P. 128. Anuria. Exitus nella notte. L'autopsia fu negata.

Riassumendo: in una donna affetta da malaria cronica con enorme tumore splenico la somministrazione per via endovenosa di 11.7 gr. di cacodilato di sodio in 16 giorni ripartito in dosi da 0.40 ad 1 gr. fu ben tollerata:

però a distanza di 12 giorni dall'ultima iniezione comparvero fenomeni gravissimi quali si verificano nelle forme di intossicazione acuta da arsenico che condussero a morte l'ammalata. In due altri ammalati trattati nello stesso modo con dosi maggiori non si notarono disturbi di sorta.

Il caso oltre che offrire un interesse pratico, illustrando una grave conseguenza della cura con cacodilato ad alte dosi quale non fu mai prima d'ora segnalata, offre interesse scientifico per i problemi che vi si ricollegano in rapporto specialmente alla possibile liberazione di composti tossici arsenicali da composti atossici o poco tossici accumulatisi nell'organismo a seguito di cura endovenosa. L'argomento che fu già oggetto di discussione e studio in riguardo del sale di Ehrlich, potrà forse venire meglio delucidato studiando un sale più semplice quale il cacodilato.

———

Un caso di " Corea grave „ curato e guarito col Novo-Arsenobenzolo.

Dott. V. BILOTTA.

Mi sembra interessante — e perciò lo descrivo — il seguente caso di Corea; interessante non solo per la gravità delle manifestazioni, ma anche e specialmente pel fatto che io potei ottenerne la guarigione in circa venti giorni e con soli cgr. 45 di Novo-Arsenobenzolo, iniettati in due volte per via endo-venosa.

Eccezionalmente, infatti, sono violenti i movimenti nella Corea, e cioè, nella *Corea grave*. La durata, poi, è variabile; ma sempre da un minimo di 5-6 settimane fino a 3 mesi, quando non succede la morte (casi gravi), la quale, di solito, avviene verso la terza settimana.

S. G., di Rocco, di anni 12, da Amaroni (prov. Catanzaro). — Nell'*anamnesi familiare* da notare che il padre di costei, parecchi anni fa, ebbe — a distanza di vari mesi l'una dall'altra — due perniciose malariche, e, consecutivamente, ogni volta, allucinazioni visive. Infatti — come egli ha raccontato — vedeva su per gli alberi degli individui armati, che lo minacciavano di morte. Tali allucinazioni, che ebbero la durata di diversi giorni, finirono, prima e seconda volta, con la cura del chinino.

Una sorella ebbe, tempo addietro, una osteomielite purulenta ad una tibia, e fu operata da un chirurgo, rimanendole, come postumo, elefantiasi discreta della gamba.

Pare debba escludersi la lue nella famiglia della S.

La madre di questa, donna abbastanza prolifera non ebbe mai aborti.

Nell'*anamnesi personale*: non gravi malattie acute o croniche; nemmeno, forse (?), le malattie esantematiche dell'infanzia. Nel maggio del 1920 la S. veniva colpita da poliartrite reumatica ai ginocchi ed ai piedi, della quale malattia si liberò prendendo del salicilato di soda.

Nel novembre dello stesso anno la poliartrite si rinnovava alle stesse giunture, e rispettando le altre articolazioni e l'endocardio.

L'ammalata di nuovo e da più giorni si era assoggettata alla cura salicilica e i dolori erano quasi scomparsi, allorquando i di lei familiari si accorsero che essa oggi non pronunziava più perfettamente le parole; l'indomani, a stento, portava i cibi alla bocca; poi, che le cadevano gli oggetti dalle mani; e, infine, che eseguiva dei movimenti incoordinati, e senza scopo, con le braccia, con le gambe, con le labbra, con gli occhi...

I famigliari attribuirono tali fatti al salicilato di soda, e sospesero di somministrarlo.

Ma, ciononostante, i fatti notati diventarono rapidamente allarmanti, e così fui chiamato per visitare la ragazza.

Questa *doveva* stare a letto, perchè *non poteva* più nè stare in piedi, e nemmeno seduta. Non poteva pronunziare parola alcuna, pur comprendendo le domande e pur volendo rispondere. A stento ingoiava qualche cucchiaiata di latte o di acqua per l'incoordinazione dei movimenti della deglutizione.

I muscoli dei globi oculari, delle palpebre, della faccia, in perenne moto; in continua instabilità le spalle e gli arti superiori ed inferiori. Il tronco si contorceva nel modo più bizzarro. Era necessaria la vigilanza ininterrotta di due o più persone per impedire che la paziente cadesse dal letto, o per rimettervela in posizione adatta.

Era, senza dubbio, un caso di Corea grave. E, causa provocante, il reumatismo articolare, sofferto due volte. (Si sa, infatti, che il reumatismo ha quasi il primo posto fra le affezioni capaci di determinare lo sviluppo della corea).

Il giorno seguente i fenomeni clinici della malattia erano più gravi. In terza giornata più impressionanti ancora: tutti i muscoli in un'agitazione che sembrava inverosimile; difficile era diventata la deglutizione anche della sola acqua; emissione involontaria di urina; accenno a formazione di piaghe da decubito. La ragazza aveva occhiaie profonde, ed aveva acquistato l'aspetto di persona emaciata e sfinita.

Conseguentemente, era anche difficile somministrare dei medicamenti per via orale.

D'altra parte il cloralio ed anche il bromuro somministrati per via rettale non rispondevano, o poco, allo scopo voluto.

Allora, partendo dal concetto che fra i medicamenti comunemente impiegati per la cura della corea, il maggior vantaggio si ha dall'arsenico, ebbi l'idea di ricorrere ad un preparato arsenicale, che si potesse somministrare in dose grande, ma non velenosa, e dal quale ottenere il massimo rendimento, nel più breve tempo.

L'arsenobenzolo aveva tali requisiti.

Riassicuratomi dell'integrità cardiaca e renale, iniettai per via endovenosa cgr. 15 di Novo-Arsenobenzolo. L'effetto si ebbe dopo circa 48 ore: in quinta giornata la paziente era alquanto tranquilla; *poteva* ingoiare l'acqua ed il latte; aveva tendenza al sonno (e, infatti, dormì nel pomeriggio e poi nella notte seguente).

Ciò mi servì d'incoraggiamento. Ad otto giorni di distanza, durante i quali la ragazza restò in stato grave, sebbene di poco migliorata, iniettai la dose 2ª, cgr. 30. Dopo 48 ore constatai: movimenti coreici molto ridotti; possibile la pronunzia di varie parole; deglutizione facile. È anche possibile fare scendere dal letto l'ammalata pei bisogni corporali.

Faccio sospendere l'alimentazione per via rettale fino allora seguita, ed iniziare una dieta corroborante: uova, latte, brodo, vino vecchio. Dopo qualche altro giorno cibi solidi.

In ventesima giornata la paziente lascia per la prima volta il letto, in condizioni generali soddisfacenti, persistendo soltanto lievi sussulti muscolari.

Pizzo, gennaio 1921.

RIVISTE SINTETICHE.

TERAPIA COSMETICA.

Le tinture.

Dott. FRANCESCO FASANI-VOLARELLI
aiuto prep. nella Clinica Dermatologica
della R. Università di Siena.

Sono d'opinione, d'accordo con Sabouraud, che si è molto esagerato sulla questione delle tinture. Esistono tinture che indubbiamente riescono dannose, altre che lo possono diventare in determinati casi, altre infine che sono quasi inoffensive poichè tutto il danno che producono si limita a rendere il capello un poco fragile.

Il medico non ha il diritto d'interdire, in ogni caso, l'uso delle tinture, ma ha piuttosto il dovere di conoscere quali precauzioni debbono essere consigliate per evitare accidenti, e di possedere tutte quelle cognizioni necessarie per poter esercitare il controllo sulla scelta di una tintura razionale.

Le preparazioni che si usano per tingere i capelli e la barba si possono dividere:

1° Tinture vegetali;
2° Tinture metalliche;
3° Tinture derivate dai composti ciclici;
4° Tinture miste.

A queste generalmente si uniscono le preparazioni che sono adoperate per conservare il colore dei capelli e quelle che servono per decolorarli.

In questa breve rivista riassumerò innanzi tutto le precauzioni da usarsi nell'applicazione di una tintura, tratterò delle sostanze adoperate per conservare il colore e decolorare i capelli, delle diverse tinture ed infine concluderò indicando quali di esse sono da consigliarsi.

Premetto che la maggior parte delle formule, che riporto qui appresso, sono state controllate accuratamente insieme al chimico dott. Minucci, dandone delle più importanti la esatta composizione, poco nota finora, specialmente di quelle riguardanti le tinture a base di anilina ridotta, e già da me studiate in un lavoro sulla parafenilendiamina.

PRECAUZIONI DA USARSI NELL'APPLICAZIONE DELLE TINTURE. — Alcune tinture sono costituite da un liquido solo (o da polvere o da pasta) che cosparso sui capelli li tinge del colore voluto, ma che si completa in un tempo più o meno lungo (*tinture progressive*).

Altre tinture sono costituite da due liquidi differenti coi quali s'imbevono successivamente i capelli e dalla loro unione si forma, su questi, un composto insolubile colorato (*tinture istantanee*). In alcuni casi le due soluzioni possono mescolarsi avanti di usarle.

Prima di applicare qualunque tintura bisogna sgrassare i capelli con sapone o con carbonato o borato di soda (1 %), carbonato d'ammoniaca (2 %), legno di panama, ecc., ed asciugarli accuratamente.

Poi, con uno spazzolino, s'impregnano i capelli della tintura in tutta la loro lunghezza per un tempo vario, come sarà detto, ponendo attenzione di non macchiare la cute.

È regola assoluta far seguire, senza indugio, un lavaggio saponoso della testa che tolga l'eccesso della tintura e le eventuali macchie della pelle. Se queste ultime, ad onta del lavaggio, persistessero, potranno essere tolte nel modo seguente:

a) Per le tinture a base di nitrato d'argento con una soluzione di ioduro di potassio al 20 % o con tintura di iodio, facendo indi un lavaggio con una soluzione di iposolfito di sodio al 5 %;

b) Per le tinture con solfuri con acqua ossigenata.

c) Per le tinture a base di anilina, soffregando le macchie con zolfo in polvere e poi passando del cotone imbevuto di acqua.

Prima di consigliare una tintura si deve esaminare l'individuo e se esistono dermatosi in atto, rimandare l'applicazione fino alla guarigione di queste.

Le tinture debbono essere vietate in una maniera assoluta a tutti quelli che hanno cute irritabile, ai dispeptici, nefritici, epatopatici, ecc., chè provocano facilmente eruzioni artificiali.

PREPARAZIONI PER CONSERVARE IL COLORE DEI CAPELLI. — Le sostanze più usate per conservare il colore dei capelli sono le seguenti:

Biondo. — Lavaggio con decozione concentrata di matricaria, con soluzione 1 % di ammoniaca o con decozione di camomilla (con quest'ultima si hanno dei riflessi dorati).

Castagno. — Lavaggio con infuso forte di the, con decozione di noci di galla, di scorze di noce.

Nero. — Soluzione alcoolica di solfato di ferro (2 %), soluzione acquosa di permanganato di potassio (30 %).

SOSTANZE DECOLORANTI. — Per decolorare i capelli pigmentati si usa l'acqua ossigenata a 12 volumi con la quale si riesce ad avere tinte che vanno dal biondo chiaro al biondo rossiccio. Si fanno applicazioni successive e ripetute fino a quando si è ottenuto il colore desiderato; la tonalità è in rapporto, oltre che colla durata del contatto, col colore dei capelli e colla loro struttura.

Questa sostanza non è tossica, ma rende i capelli fragili e secchi.

Se all'acqua ossigenata si aggiunge ammoniaca ed alcool o camomilla o aurantia e parafenilendiamina si ha una decolorazione più rapida e differenti tonalità.

I.

Acqua ossigenata (12 volumi) . . .	gr.	15
Ammoniaca	»	4
Alcool metilico	»	1
Essenza deterpenata	gocce	V

II.

Acqua ossigenata (12 volumi) . . .	gr.	10
Infuso di camomilla forte	»	7
Alcool	»	3
Essenza deterpenata	gocce	II

(si ottiene un biondo pallido).

III.

Aurantia	gr.	1
Parafenilendiamina	»	1
Acqua distillata di rose	»	30
Ionone 1/10	»	5
Alcool a 90°	»	20
Muschio sintetico	»	0.05

(versando qualche goccia di questa soluzione nell'acqua ossigenata a 12 volumi si ha un bellissimo biondo veneziano).

1. — TINTURE VEGETALI.

Le migliori tinture sono quelle a base di henné (Alcanna Lowsonia) ma in commercio sotto il nome di henné si vendono preparazioni con parafenilendiamina, diamidofenolo, acido pirogallico e gallico, solfato di rame.

Coll'henné si ottengono tonalità che vanno dal biondo chiaro fino al biondo intensamente rosso.

Il miglior metodo di applicazione è questo: Si fa subire preliminarmente ai capelli un trattamento con una soluzione di ammoniaca all'1 % e poi s'impregnano con l'henné (ridotta a pasta con acqua calda).

È molto importante che la temperatura raggiunga i 40°-45° C. e vi si mantenga durante tutto il tempo dell'operazione, che in genere dura da 1 a 2 ore. Per ottenere ciò s'impiegano e si rinnovano dei grossi fogli di cotone riscaldato o meglio si adatta sopra il cotone un termoforo.

Se si applica un'altra pasta preparata con polvere d'indago e si sottomette la capigliatura per una mezz'ora all'azione del vapor d'acqua, le due paste si combinano e danno una colorazione nera, bruna, castagna chiara, bionda, a seconda della proporzione dell'henné e dell'indago e della durata d'azione.

L'indago può essere anche spolverato nei capelli prima di mettere la pasta di henné.

Nelle tinture vegetali, oltre l'henné, può usarsi il mallo verde di noce, le noci di galla, i coni di cipresso, ecc.

Queste tinture sono innocue se nell'applicazione non viene esercitato un traumatismo eccessivo. Anzi, alcuni autori sono d'avviso che, alcune di esse, giovino per la crescita dei capelli.

IV.

Henné polverata	gr.	50
Noce di galla polv.	»	20
Alcool a 90°	»	80
Acqua distillata di rose . . .	»	100
Glicerina neutra a 30°	»	6
Essenza di ylang-ylang . .	»	60

(si fanno macerare in alcool le tre polveri per 4-5 giorni, si filtra e si aggiunge l'acqua e gli altri componenti. Dopo avere applicato questa tintura si deve far seguire un lavaggio con ammoniaca (10 %). Si ha un castagno chiaro).

V.

Henné polverata	gr.	50
Alcool a 90°	»	80
Acqua distillata	»	170

(si ottiene una tinta bionda).

VI.

Henné polverata	gr.	500
Acqua distillata	»	500

(si lascia a contatto per 24 ore. Vi si aggiunge acqua bollente q. b. per fare un litro. Si ha un biondo carico).

VII.

Camomilla	gr.	25
Foglie di henné	»	50
Foglie d'indago	»	25

f. infuso (con una soluzione di acido citrico 1 ‰) alla colatura di gr. 300, filtra ed aggiungi

Glicerina neutra	gr.	8
Alcool a 90°	»	25

(si ha un biondo chiaro).

VIII.

Rabarbaro . . . . gr. 150
Vino bianco . . . . » 500
(fai bollire fino a ridurre della metà e filtra su garza. Si applichi bagnando i capelli e la sciandoli seccare. Si ha un colore biondo).

IX.

Scorze verdi di noci . . . . gr. 1000
Alcool . . . . » 1000
(far macerare per 15 giorni. Si ha un colore biondo scuro).

X.

Succo di mallo di noci . . . . . gr. 10
Alcool a 60° . . . . » 90
(lasciare per 10 giorni e poi filtrare. Si ha un colore biondo scuro).

2. — TINTURE METALLICHE.

Per tingere i capelli con sali metallici si approfitta della proprietà che hanno vari di questi, di precipitare dalle loro soluzioni, per mezzo di determinati reagenti, sia allo stato di metalli estremamente divisi, sia come sali insolubili colorati.

Si prestano bene a queste diverse reazioni specialmente i sali d'argento, di piombo, di bismuto, di rame, di antimonio, ecc.

Però tutte queste tinture danno un colore non uniforme e poco resistente.

Trascriveremo solo alcune formule più in uso tralasciando quelle a base di piombo, le quali sono dannose per i fenomeni di saturnismo che provocano.

XI.

A) Nitrato d'argento . . . . . . gr. 25
Acqua distillata . . . . » 250
B) Solfuro di potassio . . . . . gr. 30
Acqua distillata calda . . . . » 250
(si passa nei capelli con uno spazzolino la soluzione B, poi si applica la soluzione A. Si ha un colore bruno; per avere una tinta più scura si aumenti il nitrato d'argento a 30 grammi).

XII.

		Nero	Bruno	Biondo
A) Nitrato d'argento	gr.	15	8	5
Sale ammoniaco	„	45	30	20
Acqua distillata	„	100	150	200
B) Acido pirogallico	gr.	10	8.5	8
Acqua distillata	„	350	250	250
Alcool a 96°	„	100	100	100

(passare prima il liquido B, poi il liquido A.

XIII.

A) Citrato di bismuto . . . . gr. 50
Alcool a 90° . . . . » 33
Acqua di rose . . . . . . » 200
Acqua distillata . . . . . » 300
Ammoniaca pura . . . . » 5
B) Iposolfito di soda . . . . gr. 120
Acqua distillata . . » 400
(si lavano i capelli come al solito: si applica la mattina la soluzione A) e la sera la soluzione B).

XIV.

Permanganato di potassio . . . . gr. 20
Acqua di fiori d'arancio . . . . . » 100
Acqua di rose . . . . » 20
(dà un colore castagno scuro).

3. — TINTURE DERIVATE DAI COMPOSTI CICLICI.

La parafenilendiamina, il paramidofenolo, la paratoluilendiamina, ecc., ecc., in presenza di un ossidante danno luogo alla formazione di cristalli microscopici colorati dal biondo al nero bluastro.

Le tinture a base di uno di questi prodotti, soli o combinati fra loro, rispondono perfettamente sia per la rapidità che per il colore che si ottiene, colore naturale ed uniforme.

Però accanto agli ottimi requisiti queste sostanze hanno l'inconveniente di provocare, sia pure raramente (2 volte su 1000 applicazioni secondo Sabouraud), delle eruzioni cutanee anche gravi.

La maggior parte degli osservatori interpretano queste eruzioni come manifestazioni cutanee di un fenomeno irritativo locale che, in individui predisposti, assumerebbero andamento grave (1).

A conferma di ciò Brocq riesce a prevenire queste forme morbose vietando le tinture a tutti quelli che soffrono di eczemi ed hanno cute irritabile, e Sabouraud si avvale dell'espediente di saggiare una piccola superficie del cuoio capelluto della regione della nuca con una pennellatura di parafenilendiamina. Se dopo due giorni si nota una lieve epidermite con edema e bruciore, egli proibisce la tintura; in caso contrario dà parere favorevole.

Allo scopo di far perdere le proprietà irritative della parafenilendiamina e basi analoghe, Tomasczewski ed Erdmann introdussero, nella molecola di queste basi, il gruppo sulfone ed i risultati ottenuti dimostrarono che questi corpi riescivano agenti coloranti inoffensivi.

In seguito Wolfflenstein, Colman e Loevy videro che le amine potevano essere private delle loro sostanze irritanti con dei riduttori sia trasformando la base di Brandowski che agendo sulle basi aminiche.

(1) Ultimamente io ho potuto dimostrare che la parafenilendiamina, applicata per uso esterno, per dare fenomeni tossici deve essere impiegata in quantità tale che in pratica non si ha mai occasione di prescrivere.

Fasani-Volarelli confermò questi dati e riuscì a preparare, in modo pratico, tinture non irritanti che dopo l'ossidazione coloravano molto bene e, a seconda della quantità impiegata di base e d'acqua ossigenata, davano una tinta dal biondo chiaro al nero.

Generalmente queste tinture si allestiscono con due flaconi: uno contiene la sostanza ossidante (acqua ossigenata, bicromato potassico), l'altro la soluzione di parafenilendiamina o basi analoghe.

Non è affatto consigliabile servirsi delle tinture che contengono già mescolata la sostanza ossidante.

Vi sono però anche tinture progressive alla parafenilendiamina in un solo flacone e l'ossidazione in questi casi avviene lentamente a contatto dell'aria.

Il modo di applicazione non differisce gran che da quello delle altre tinture.

Si sgrassano i capelli (1) e si asciugano accuratamente. Poi si passa per più volte sui capelli uno spazzolino bagnato nella soluzione di parafenilendiamina. In un secondo tempo si applica l'acqua ossigenata.

Si può anche mescolare a parti uguali, in una capsula, la soluzione di parafenilendiamina e l'acqua ossigenata ed applicare indi questa miscela.

XV.

Parafenilendiamina	gr.	10
Acqua distillata	»	960
Alcool a 90°	»	20
Glicerina neutra a 30°	»	30

(si disciolga a caldo la para in 250 gr. d'acqua: si aggiunga il restante dell'acqua, l'alcool, la glicerina: si agiti e si filtri. È una tintura progressiva: l'ossidazione avviene a contatto dell'aria).

XVI.

Flacone *A* — Acqua ossigenata 1-2-5 %.
Flacone *B* — Cloridrato di parafenilendiamina . . . . . gr. 2
Acqua distillata . . . » 100

per ottenere un *colore biondo* si usi l'acqua ossigenata all' 1 % e l'applicazione non si prolunghi oltre i 10 minuti.

(1) Cerbelaud consiglia di non impiegare, nel lavaggio, l'acqua sedativa o l'ammoniaca che possono produrre con la tintura dei composti tossici.

È da ricordare però che molte tinture in commercio contengono parafenilendiamina ed ammoniaca, perchè questa decomponendo più facilmente l'acqua ossigenata accelera la reazione colorante.

Per il *colore castagno* si adoperi l'acqua ossigenata al 2 % e si applichi la tintura per 20 minuti.

Il *colore nero* si ha coll'acqua ossigenata al 5 % e la durata di applicazione si prolungherà per 1/2-1 ora ed anche più.

S'intende che questi dati sono approssimativi.

XVII.

Soluzione *A* — Bicromato di potassio 2-5 ‰
oppure
Acqua ossigenata 1-2 %.
Soluzione *B*:

Castagno.

Cloridrato di parafenilendiamina . .	gr.	5
Diamidofenolo	»	5
Acqua distillata	»	1000

Biondo rossiccio.

Cloridrato di parafenilendiamina . .	gr.	1
Diamidofenolo	»	2-5
Acqua distillata	»	1000

Biondo chiaro

Diamidofenolo	gr.	5
Acqua distillata	»	1000

Tinture derivate dai composti ciclici con l'aggiunta di sostanze sulfoniche e riduttrici.

XVIII.

Flacone *A* — Acqua ossigenata 1-5 %.
Flacone *B* — Cloridrato di parafenilendiamina . . . . . gr. 2
Acqua distillata . . . . » 100
Tiosolfato sodico . . . » 2

Sciogliere prima la para nell'acqua distillata calda, addizionare tante goccie di una soluzione normale di soda caustica fino ad ottenere reazione alcalina ed infine aggiungere il tiosolfato.

Come fu già detto, volendo tinte chiare si adoperi l'ossidante a debole concentrazione e si abbrevi la durata dell'applicazione. Prima di adoperarla mescolare la soluzione *A* e *B* a parti uguali.

XIX.

Flacone *A* — Acqua ossigenata 1-3 %.
Flacone *B* — Metolo . . . . gr. 1
Diamidofenolo . . . » 0.3
Cloridrato di parafenilendiamina . . . » 0.60
Solfito di sodio . . . » 0.50
Alcool . . . . » 30
Acqua distillata . . » 100

Sciogliere la parafenilendiamina, il diamidofenolo ed il metolo in acqua distillata calda: alcalinizzare ed aggiungere il solfito di sodio e l'alcool.

XX.

Flacone *A* — Acqua ossigenata 1-5 %.
Flacone *B* — Cloridrato di parafenilendiamina . . . . . gr. 2
Acqua distillata . . . . » 100
Iposolfito sodico . . . » 1

seguire la stessa tecnica di preparazione del N. 18.

XXI.

Flacone *A* — Acqua ossigenata 1-5 %.
Flacone *B* — Paratoluilendiamina . gr. 2
Acqua distillata . . . . » 100
Solfito di sodio . . . . » 1

seguire la stessa tecnica delle preparazioni precedenti.

4. — TINTURE MISTE.

Generalmente sono costituite da sostanze vegetali e metalliche.

XXII.

Solfato di ferro polv. . . . . gr. 30
Noce di galla polv. . . . . . » 30
Polvere di henné . . . . . . » 60
Acqua q. b. per fare pasta a consistenza molle.

Si riscaldi a bagnomaria a 50° C. e si applichi e si lasci in posto da 25 minuti a 2 ore, a seconda della tinta che si desidera ottenere.

XXIII.

Noce di galla polverizzata . . gr. 200
Acqua q. b. per fare una pasta;
si riscaldi e si aggiunga:
Polvere di limatura di ferro gr. 5
Polvere di limatura di rame » 0.20

Questa pasta, detta «Rastiks», è molto usata in Oriente; con essa si ricoprono i capelli e viene lasciata in posto per 1-2 ore.

XXIV.

Noce di galla . . . . . . gr. 5
Acqua . . . . » 150
si faccia bollire per 30 minuti e si aggiunga
Solfato di ferro . . . . . . gr. 5
ridurla coll'ebollizione fino a 2/3.

CONCLUSIONI.

Il medico deve consigliare di ritardare l'uso di una tintura il più possibile, non fosse altro per il grande inconveniente che presenta, cioè di essere rinnovata ogni 25-30 giorni.

Se, per necessità professionali o d'altra natura, alcuni sono obbligati a ricorrervi, egli ha il dovere di far presente che quasi tutte le tinture «rendono il capello fragile e, se male applicate, cadente» (Sabouraud).

Deve inoltre render noto a quali pericoli si espongono quelli che hanno cute irritabile e soffrono di malattie epatiche e renali.

Comunque proscriverà, in una maniera assoluta, le tinture a base di piombo, che sono sempre tossiche.

I migliori risultati si ottengono colle tinture derivate dai composti ciclici e poi da quelle di henné e d'indago; le altre colorano i capelli di una tinta non uniforme e poco naturale.

Le tinture composte di parafenilendiamina, che a volte riescono irritabili, non lo sono più quando vengono trattate con gruppi sulfonici o corpi riduttori e possono quindi usarsi senza alcun danno e con notevole vantaggio, come hanno già dimostrato le numerose esperienze di Tomasczewski, Erdmann, Wolfflenstein, Colman, Loevy, Fasani-Volarelli.

LETTERATURA.

BROCQ. *Traité élémentaire de Dermat. prat.* — Paris, 1907.
CERBELAUD. *Formulaire des princ. spec. de parfumerie et de pharmacie.* Paris, 1911.
COLMANN e LOEWY. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911, pag. 926.
FASANI-VOLARELLI. *Ricerche sperimentali sull'azione della parafenilendiamina pura, ridotta e dei suoi prodotti di trasformazione sulla cute sana ed ammalata.* Atti della R. Accademia dei Fisiocritici, luglio 1920.
JOSEPH. *Handbuch der Kosmetik.* Leipzig, 1912.
ROUSSEAU. *Les teintures à la paraphenylendiamine.* Paris, 1914.
SABOURAUD. *Entretiens Dermatologiques.* Paris, 1913.
TOMASCZEWSKI ed ERDMANN. Münch. mediz. Wochenschrift, 1906, pag. 359.

CONFERENZE.

Il metodo alimentare di Pirquet nella cura della tubercolosi (1)

Signori,

È per me grande soddisfazione di avere avuto l'opportunità di prendere la parola per comunicare loro l'esperienza raccolta negli ultimi anni. Solo con lo scambio delle conoscenze scientifiche si può costruire il progresso futuro della medicina.

Uno dei nemici maggiori del genere umano è il bacillo della tubercolosi. Vienna, città in cui sempre la tubercolosi è molto diffusa, negli anni di fame della guerra ha specialmente sofferto di questa malattia, ed ho perciò potuto raccogliere particolare esperienza sulla patogenesi e sulla lotta contro la tubercolosi. Mi permetto perciò dar loro un breve schizzo come concepire e combattere questa malattia.

L'infezione col bacillo tubercolare ha luogo nel 90 % dei casi per il polmone, ciò che noi chiamamo «*infezione broncogena*». L'infezione primaria per via intestinale, *infezione enterogena*, nei paesi ove è costume di bollire il latte di vacca ha una parte assai piccola; ha una maggiore importanza in America o in Inghilterra ove il latte non si bolle: quì l'infezione bovina per la via intestinale sembra essere frequente. Altre porte di entrata «*infezione stomatogena*» con affezione primaria nella bocca, o «dermatogena» dalla pelle (p. e. tubercolosi da circoncisione) sono rarità. Anche minore importanza ha l'infezione del feto «*infezione placentogena*» perchè questa occorre soltanto negli stadi avanzati della tubercolosi materna e i bambini colpiti muoiono ben presto.

Noi distinguiamo, nella patogenesi della tubercolosi, in analogia alla sifilide, tre stadi, *lo stadio primario, secondario e terziario*. Allo stadio primario appartengono «l'affezione primaria» e la tubercolosi delle glandole linfatiche regionarie. Consideriamo qui un caso ordinario in cui l'affezione primaria risieda in uno dei lobi polmonari e l'affezione delle ghiandole linfatiche regionali. L'affezione primaria dà di rado sintomi locali, le glandole linfatiche possono comprimere la trachea e causare una stenosi bronchiale caratteristica: i sintomi generali sono lievi: febbre, malessere, anoressia, che già possono disturbare la nutrizione generale.

Contemporaneamente si sviluppa nell'organismo l'«*Allergia*» verso la tubercolosi, una condizione immunitaria la quale secondo la specie dell'anticorpo formato significa un'aumentata sensibilità, ma anche un'aumentata resistenza. Maggiore è l'età del bambino e più forte è la resistenza, e tanto maggiore è la capacità dell'organismo di annientare i germi che vanno in circolo dall'affezione primaria e dalle glandole.

Più piccolo è il bambino e più è campo atto alla disseminazione di germi estranei, e si sviluppa lo *stadio secondario* che consiste nella disseminazione di germi nelle varie parti del corpo. Ossa, articolazioni, tessuto sottocutaneo, cute; nel cervello possono svilupparsi i tubercoli solitari: più pericolose sono le disseminazioni miliari nelle meningi le quali conducono a morte con la meningite tubercolare. I catarri delle mucose del naso e delle labbra, come pure le flittene e le tubercolidi sono spiegate dalla eliminazione di bacilli tubercolari attraverso la pelle e le mucose in questo stadio, come pure la ipersensibilità conduce ai noti sintomi scrofolosi.

Un altro atto dell'allergia si presenta verso la fine dell'età infantile: questo deve avere un qualche rapporto collo sviluppo sessuale e infatti appare nelle giovanette qualche anno più presto che nei maschi. È la tendenza alla distruzione cavernosa degli apici polmonari, contemporanea alla trasformazione degli scrofulodermi nei prodotti cronici del Lupus con la loro tendenza alla distruzione. Chiamiamo queste forme lo «stadio terziario» ma penso che quì si tratti piuttosto di una disposizione dei tessuti dovuta all'età che di un vero e proprio sviluppo della malattia.

Per la diagnosi della tubercolosi non parlerò dei metodi che sono a tutti ben noti: ma solo brevemente accennerò come noi applichiamo la diagnosi tubercolinica nei bambini. In ogni caso facciamo prima la prova cutanea della tubercolina con la vecchia tubercolina non diluita. Ogni reazione positiva prova l'esistenza dell'allergia tubercolare e questa è acquistata per una infezione pregressa. Ma una reazione negativa può dipendere da un'insufficienza di anticorpi subito dopo l'infezione, dalla debolezza generale, e inoltre può essere determinata dalla disseminazione miliare, o soppressa da altre infezioni acute come l'allergia durante il morbillo. Anche la presenza di una piccola quantità di anticorpi può essere scoperta dal-

---

(1) Conferenza tenuta da v. PIRQUET nell'aula di Pediatria dell'Università di Roma.

l'iniezione di un milligramo di vecchia tubercolina. Quando dopo 48 ore non è avvenuta la reazione cutanea, pratichiamo la reazione intradermica (prova di Mantoux). Se anche con questa prova la reazione manca possiamo concludere con grande sicurezza che non c'è un'infezione tubercolare.

In riguardo alla *terapia* della tubercolosi indicherò i metodi che mi hanno dato eccellenti risultati negli ultimi anni, appresso ai quali abbiamo trascurato tutti i rimedi medicinali e la terapia tubercolinica. Si tratta della terapia alimentare insieme alla terapia all'aria aperta.

La mia teoria è che la formazione di anticorpi antitubercolari è in rapporto con un ricco ricambio materiale. A mio avviso tutta la terapia climatica consiste nel trovare un luogo di cura nel quale il malato acquisti appetito ed abbia l'opportunità di soddisfarlo. Per gli adulti la tubercolosi è una malattia di nutrizione insufficiente. Quasi tutti noi abbiamo focolai tubercolosi, ma questi sono in grado di inondare l'organismo e guadagnar nuovo terreno soltanto quando gli anticorpi dai quali i microrganismi sono in certo modo assediati non sono ulteriormente formati. Ad esempio, il carcerato in cellulare non diventa tubercoloso per una nuova infezione, ma perchè ha cibo cattivo e niente appetito per mangiarlo: i bacilli si moltiplicano nelle ghiandole, entrano in circolo, si arrestano nei polmoni, ma non sono annientati, e si sviluppano focolai polmonari.

Senza occuparmi della variabilità psicogena dell'appetito, prescrivo ai miei malati una misura di alimento, e insieme mi occupo che, stando all'aria libera, sia permesso all'organismo di consumare la maggior quantità di alimento.

La prescrizione dell'alimento è fatta secondo il sistema Nem, il quale ha due fondamenti: uno, una nuova unità alimentare in luogo delle calorie; l'altro, un nuovo modo di calcolare il bisogno alimentare dalla « *superficie di alimentazione* », questa corrispondendo « *al quadrato dell'altezza del soggetto a sedere* » (Sitzhöhe).

Il Nem è l'unità alimentare corrispondente al valore alimentare di un grammo di latte di donna di composizione media. La parola Nem è stata costruita colle prime lettere delle tre parole *N*ahrung's *E*inheit *M*ilch, oppure colle lettere *N e m* delle parole latine *N*utritionis *E*lementu*m*. Un Ettonèm è l'equivalente di 100 grammi di latte, un Chilonèm di 1000 grammi o più semplicemente di un litro di latte. Un Nem corrisponde al valore calorifico di 667 piccole calorie nette, cioè di elevare la temperatura di 667 grammi di acqua di un grado Celsius.

Tutti gli alimenti sono paragonati al latte come unità, così ad esempio, lo zucchero equivale a sei volte un grammo (sei Nem un grammo), la farina 5 Nem in grammi: il grasso puro 13 ½ Nem, il burro per il suo contenuto in acqua soltanto a 12 Nem, una mela due terzi di Nem, ecc.

La seconda parte del mio sistema riposa sulla conoscenza che la nutrizione, come pure tutte le altre funzioni fisiologiche, non è in rapporto col peso del corpo, cioè con una terza potenza, ma colla superficie. Questa legge è già stata proposta da Rubner, ma egli si è riferito alla superficie esterna del corpo, mentre io mi sono sforzato di trovare una superficie che si possa facilmente calcolare. Ho scelto, come tale superficie quella, che chiamo la superficie alimentare, a un dipresso la superficie assorbente del canale intestinale, dal principio del tenue all'ano. La lunghezza di questa sezione del canale alimentare corrisponde a 10 volte l'altezza del soggetto a sedere, la larghezza a un dipresso a un decimo della stessa misura. La superficie dunque è 10 Si × $^1/_{10}$ di Si = Si², cioè al quadrato di detta altezza. Un gran numero di ricerche di nutrizione, circa dieci mila giornate hanno dimostrato che questa teoria è realmente applicabile e che di fatto esiste un rapporto costante fra il quadrato delle dette altezze e la quantità di alimento introdotta.

Stabilito questo, ho fatto un passo ulteriore e ricercato come si può trasportare questo rapporto in regole pratiche, ed ho distinto un massimo, un minimo e un ottimo, di quantità di alimento.

Minimo, è la quantità del tutto necessaria a mantenere il peso del corpo quando il paziente giace a letto tranquillo; essa è all'incirca 3 decigrammi di Nem per ogni centimetro quadrato della superficie alimentare, e la chiamo il « *3 decinemsiqua* ». *Il massimo*, è la più grande quantità che un organismo può durevolmente digerire, ed è *10 decinemsiqua*, oppure 1 grammo di latte per ogni centimetro quadrato. *L'optimum*, sta fra questi due limiti, dipende da ciò che si attende dal malato.

Per i bambini tubercolosi che debbono essere tenuti fuori del letto una parte del giorno *l'optimum* sta sui 7 *decinemsiqua*, e questa è la quantità di alimento, che è loro prescritta per la cura. Questa quantità di alimento è divisa

sistematicamente in 3 grandi e 2 piccoli pasti, e deve essere presa senz'altro. Il mangiare è una parte terapeutica importante, il compito principale del paziente: loro è presentata una certa quantità, il cui consumo è adattato al loro corpo, e di fatti è possibile ad essere consumata, ed è preparata in modo gustoso. La qualità del cibo è molto semplice; quando siamo del tutto liberi di scegliere, diamo una volta la settimana la carne, altrimenti tanto latte, farinacei, patate, erbaggi con farinacei e grasso; un cibo che in condizioni normali, può essere senza difficoltà continuato nella vita di famiglia.

Dei risultati di questa cura alimentare nei nostri 100 bambini tubercolosi siamo molto soddisfatti. È caratteristica della nostra esperienza, che poco a poco abbiamo abbandonato tutti gli altri mezzi ausiliari.

Sul principio ci siamo limitati alla tubercolosi delle ossa e articolazioni, delle glandole; ora prendiamo sempre più casi polmonari. Il nostro maggiore orgoglio sono stati 3 tumori tubercolari del cervello, che sono stati così sicuramente diagnosticati, per quanto è possibile, fare una diagnosi *intra vitam*, e che sono guariti.

Infatti, non si può comprendere, perchè una tubercolosi nel cervello non possa altrettanto guarire, quanto in altre parti del corpo. Ma quì a causa della tendenza al vomito, l'alimentazione è particolarmente difficile e reclama molta costanza.

Ma non vo' dire troppo dei risultati: ogni terapista crede al metodo suo; posso dire solamente: venite alla mia clinica, e sarete voi stessi persuasi.

Permettetemi in questa occasione di invitarvi di cuore a Vienna. Malgrado le disgrazie che si sono riversate su noi, non abbiamo lasciato da parte la scienza, e in specie la medicina: abbiamo lavorato e sarà per noi un piacere, di salutare i colleghi stranieri, il cui scopo principale è lo stesso che il nostro: combattere il comune nemico degli uomini, la malattia, e così portare l'umanità a un livello più alto.

Noi medici di tutto il mondo, dobbiamo tenerci insieme, non dobbiamo pensare a ciò che ci divide, ma ai rapporti più importanti che ci uniscono.

Appunto sta nelle mani della Pediatria l'avvenire delle nazioni: essa è chiamata ad allevare una generazione sana capace di godere della vita, e ciò per il benessere della umanità intera.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Le recenti ricerche nello studio delle malattie sifilitiche.

(A. v. WASSERMANN. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 28 febbraio 1921).

Sebbene le conoscenze fondamentali della sifilide abbiano subito negli ultimi 15 anni una evoluzione che in maniera insperata le fece progredire, pure persistono dubbi e opinioni divergenti nella interpretazione di fatti d'importanza capitale. La letteratura dell'argomento aumenta giornalmente, ma gli studi nuovi, anzichè por fine alle discordie, mettono in evidenza sintomi e reazioni che ancor più complessa rendono la giusta vagliazione di singoli modi di esplicarsi della proteiforme malattia. Fino a pochi anni or sono il campo degli studiosi della sifilide era diviso fra i fautori e i denigratori delle cure mercuriali. Oggi le ragioni di dissenso si sono moltiplicate: si discute se sono più vantaggiose le cure arsenicali o quelle mercuriali o quelle combinate; si discute sul valore della reazione di W quale ausilio diagnostico non solo ma come uno dei segni più costanti che permette di sorvegliare il malato durante la cura; si discute se e perchè la positività della reazione sia segno di una sifilide ancor attiva; se il suo ricomparire sia indizio sicuro di una recidiva che si ristabilisca; inoltre se la sua persistenza sia criterio sufficiente per iniziare o continuare un trattamento antiluetico, se cioè abbia valore di sintoma clinico o se si debba interpretare semplicemente come un sintoma biologico. Mancava infine la dimostrazione del fenomeno essenziale che determinò la reazione di W.

Ed a rischiarare questo campo ancor oscuro per tante incertezze il W. rivolse le indagini sperimentali di cui riferisce nella presente comunicazione.

Le prime ricerche furono rivolte alla dimostrazione della sostanza che determina la reazione: furono coronate da successo.

Il W. è oggi in grado di affermare che il fenomeno fondamentale per la sierodiagnosi della sifilide è la formazione di un aggregato (aggregato di W.), il quale si forma per la combinazione di una sostanza specifica (sostanza di W.) coll'antigene. L'aggregato di W. è un corpo a molecole più grosse, che precipita coll'acqua distillata, facilmente reversibile, che si può frazionare in due sostanze di cui l'una solubile in alcool (lipoide), l'altra chiara come

acqua di rocca con un contenuto di albumina oscillante, ma sempre basso. È quest'ultima la sostanza specifica per la reazione di W., sostanza che ha la proprietà di fissare i lipoidi in presenza di complemento e formare con essi l'aggregato di W. È un ambocettore nel senso dato da Ehrlich, quindi per definizione stessa un anticorpo, ma un anticorpo per i lipoidi formatisi in seguito all'alterato ricambio delle cellule dell'organismo; concetto questo nuovo in sierologia.

Oltre all'importanza teorica che dalla dimostrazione dell'esistenza di anticorpi per lipoidi deriva, sia perchè dimostra che la reazione di W. scientificamente si basa su un fatto sierologico ben spiegato e non è una reazione empirica, sia perchè potrebbe avere importanza in rapporto alla genesi di altri fenomeni fisiologici e patologici (studi sui lipoidi di Bany, Farssmann, ecc.); sia sopratutto, perchè chiariscono il modo con cui l'infezione luetica agisce sull'organismo; queste nuove conoscenze furono dal W. rivolte ad un'applicazione pratica: da molto tempo era sentito nel mondo serologico la necessità di una reazione di conferma, che rendesse la W. una reazione che non desse più luogo a risultati dubbi. Il Wassermann afferma che la scoperta di questa reazione è un fatto compiuto in merito ai suoi ultimi studi. A conferma della sua affermazione valga l'esperienza seguente: L'A. eseguì la reazione di W. su due sieri, luetico l'uno, sicuramente non luetico l'altro, le reazioni sembrano ambedue positive, ma la prima fu fatta colle regole di tecnica esatta, nella seconda la reazione positiva è dovuta a un errore di tecnica perchè fu usata una quantità esuberante di antigene.

Dopo la centrifugazione dei globuli rossi, il liquido sovrastante contiene l'aggregato di W. (antigene ambocettore), il complemento va distrutto (H. Sachs).

Trattando questo liquido in modo opportuno si ottengono come dal precipitato di Meinicke le due frazioni dell'aggregato (lipoide e acquosa).

Alla frazione acquosa si aggiunge complemento, sistema emolitico e un antigene diverso da quello usato per la prima prova. Se il liquido acquoso contiene la sostanza di W. (se cioè il siero proveniva da un individuo realmente sifilitico) *avviene la fissazione del complemento*, se la positività della reazione era dovuta a errori di tecnica si ha emolisi.

Questa reazione di conferma è secondo W. perfettamente sicura, ma la tecnica è molto difficile e deve essere lasciata a uomini di laboratorio molto esperti.

I risultati dei suoi esperimenti misero inoltre l'A. in condizione di vagliare la reazione di W. in rapporto alla Sachs Georgi.

Dal precipitato della Sachs Georgi l'A. riuscì ad isolare (procedendo colla solita tecnica lavaggio, soluzione, ecc.) l'antigene (lipoide) e la sostanza di Wassermann: la reazione di Wassermann eseguita sulla sostanza di W. così ottenuta risultò positiva, e positiva risultò pure la Sachs Georgi eseguita sulla sostanza di W. ottenuta da una reazione di W. positiva. Questa esperienza dimostra che la Sachs Georgi è qualitativamente uguale alla W.: cioè le due reazioni dipendono *dalla medesima sostanza* (sostanza di W. la quale si addiziona all'antigene e dà l'aggregato di W.). *Il fenomeno fondamentale per tutte le sierodiagnosi della sifilide è dunque la formazione dell'aggregato di Wassermann.* Le varie reazioni rendono evidente la esistenza di questo aggregato con fenomeni diversi (deviazione del complemento, precipitazione, ecc.). L'A. è naturalmente partigiano della deviazione del complemento.

Riguardo al modo con cui l'infezione si esplica nell'organismo, l'esistenza di un anticorpo per lipoidi sta ad indicare che nel processo luetico si formano lipoidi qualitativamente e quantitativamente diversi dai normali. Le ricerche anteriori dell'A. fatte su colture pure di spirochete escludono che tali lipoidi sono un prodotto biologico del treponemo stesso; possono quindi trarre origine soltanto da un ricambio cellulare alterato.

Il fatto che la reazione di W. riesce positiva appena colla comparsa delle alterazioni organiche secondarie, e che, nel caso di una crisi specifica e di una malattia del sistema nervoso centrale, senza alterazioni negli altri organi, la W. riesce spesso positiva *soltanto* nel liquor e nell'umor acqueo, sebbene le esperienze di Neester dimostrino che le spirochete in tali casi sono diffuse in tutto l'organismo, conforta quest'affermazione.

Nel processo luetico, l'infezione che consiste nell'invasione delle spirochete, non è univoco colle alterazioni cellulari la cui caratteristica fisiopatologica è data dall'alterato ricambio dei lipoidi, con insorgenza conseguente dell'ambocettore.

Nel trattamento antiluetico si possono quindi avere di mira due fatti: sterilizzare l'organismo, o attaccare semplicemente la cellula organica ammalata. Per l'ammalato il fatto importante è la funzione patologica delle sue cellule; la presenza di spirochete senza alterazioni cellulari, cioè l'infezione pura non gli procurerà dei disturbi, egli è quindi pago di

una cura che riporti l'equilibrio nel ricambio delle sue cellule, a lui stesso la cenestesia. Ma il medico deve tendere alla completa sterilizzazione dell'organismo che evita le ricadute.

E la sterilizzazione è possibile soltanto con l'aiuto dei mezzi arsenicali (Wechselmann e Arnheim). La negatività di una reazione di W. che prima era positiva, indica soltanto che il ricambio dei lipoidi è ritornato normale — la presenza del treponema non influisce sulla formazione dell'anticorpo. Gli anticorpi sono dovuti *soltanto* alla presenza di lipoidi anormali.

Nei conigli nei quali il ricambio dei lipoidi è diverso che nell'uomo, e nelle scimmie che abbiano subito delle iniezioni di estratti organici non luetici la reazione di W. riesce spesso positiva senza che esista la infezione luetica.

E l'ambocettore del siero di conigli normali è identico a quello dei luetici: l'A. riuscì ad isolare dal siero degli animali che davano reazione di W., la sostanza di W., che dette una reazione positiva anche quando fu trattata col metodo di Sachs Georgi.

Questo fatto non meraviglierà chi ricorda che nel siero degli animali esistono spesso normalmente degli anticorpi che nell'uomo appaiono soltanto in seguito a delle infezioni, p. e. nel siero normale di cavallo esiste una forte quantità di antitossina difterica, fatto che Ehrlich mette in rapporto con la diversità della nutrizione e ricambio negli animali.

Di più l'A. potè dimostrare che gli antiluetici, che nell'uomo allontanano i sintomi morbosi sebbene somministrati in una concentrazione e forma insufficiente a uccidere le spirochete, rendono la W. negativa se applicati su animali immuni da sifilide in cui la reazione di W. positiva era dovuta al differente ricambio dei lipoidi (furono fatte frizioni con unguento mercuriale su conigli; dopo 10 o 12 frizioni la reazione divenne negativa). E con ciò era data pure la dimostrazione sperimentale che il mercurio ha effetto specifico sul ricambio dei lipoidi senza aver bisogno di attaccare le spirochete stesse.

Nell'uomo il mercurio può agire indirettamente come spirillicida, perchè si può ammettere che un organismo con « ricambio lipoide » rappresenti il terreno di vita ottimo per le spirochete, terreno che viene rispetto ai bisogni vitali dei treponemi, deteriorato in seguito all'uso del mercurio. I preparati arsenicali sono superiori: oltre ad avere un effetto simile a quello del mercurio sul ricambio delle cellule, hanno azione spirillicida diretta. L'A. termina rivendicando a sè la scoperta della sierodiagnosi della sifilide che spesso passa sotto il nome di reazione di Bordet.

BARZ.

ORTOPEDIA.

Amputazioni cineplastiche per la vitalizzazione delle membra artificiali.

(A. PELLEGRINI. Unione Tipografico-Editrice Torinese).

L'A., accennato all'importanza della cineplastica e della cineprotesi, mercè le quali si possono migliorare le sorti a tanti mutilati di guerra e del lavoro rendendoli indipendenti e produttivi, fa notare come i fondamenti della nuova trattazione sono stati posti per opera di un italiano, Giuliano Vanghetti, e le prime applicazioni cliniche sono state fatte pure da chirurgi italiani: Ceci, De Francesco, Codivilla, ecc., per cui il nuovo capitolo, in gran parte, è merito italiano.

Dopo brevi cenni storici passa ad esporre la teoria di Vanghetti sui motori plastici, e quindi dà una dettagliata descrizione dei motori che divide in *unimotori* (che hanno un solo movimento flessore od estensore) e *plurimotori* (che hanno più movimenti). Fra i primi descrive le varie forme di clava e di ansa, fra i secondi i motori alternanti (biclava, biansa, clava-biansa, clava oscillante, ecc.).

Espone in apposito capitolo la terminologia speciale e poi passa a trattare delle indicazioni generali alla cinematizzazione che possono variare a seconda delle condizioni sociali del malato, a seconda la natura e la sede della lesione, a seconda l'ambiente e l'attitudine del chirurgo. Fa una breve descrizione della tecnica generale accennando al piano operatorio, all'anestesia, all'emostasi, alla tecnica operatoria, ed alle operazioni sui muscoli, sui tendini e plastiche cutanee che possono avere applicazioni nella cineplastica. Fa alcune osservazioni sui monconi di amputazione che distingue in *buoni* (indolenti, rivestiti bene di parti molli, con forma regolare) e *cattivi* (forma conica, cicatrice addossata e non mobile sullo scheletro, facilmente ulcerabile, spesso dolorosi); *attivi* (dotati di una certa scorrevolezza sui piani sottostanti) e *passivi* (quelli che non hanno movimenti apprezzabili), e dà alcune norme sulla cura post-operatoria dei monconi comuni.

Distingue con Vanghetti tre sorta di amputazioni:

1° amputazione cinematica (cinematizzazione primaria);

2° amputazione ipocinematica (cinematizzazione secondaria);

3° amputazione acinematica (cinematizzazione terziaria).

In conseguenza classifica le cinematizzazioni chirurgiche in:

1° Cinematizzazioni primarie (su amputazione cinematica primaria):

a) amputazione cinematica primitiva;

b) regolarizzazione cinematica primaria di amputazione traumatica.

2° Cinematizzazione secondaria (su amputazione ipocinematica o transitoria):

a) amputazione cinematica transitoria o ipocinematica;

b) regolarizzazione secondaria o ipocinematica di amputazione cinematica;

c) cineplastica secondaria: incruenta; cruenta.

3° Cinematizzazione terziaria (su amputazione acinematica od ordinaria):

a) incruenta;

b) cruenta;

c) motori extrasegmentali.

La cinematizzazione chirurgica è *primaria* se esegue il punto di attacco organico in primo tempo, contemporaneamente al trauma chirurgico primitivo; *secondaria* se, nell'amputare o nel regolarizzare il moncone di una ferita mutilante, si preparano solo le condizioni migliori per la creazione di un punto di attacco in secondo tempo a qualunque distanza dal primo; *terziaria* quando il motore ed il punto di attacco vengono plasmati sopra un moncone qualunque non preparato appositamente con tecnica speciale; cioè ottenuto con amputazione ordinaria pregressa.

Passa a descrivere poi le cinematizzazioni chirurgiche:

CINEMATIZZAZIONE PRIMARIA. — 1° *Amputazione cinematica primaria* è quella condotta in modo da ottenere il motore col relativo attacco somatico in primo tempo.

Condizioni: campo asettico, presenza di muscoli validi, una certa abbondanza di cute e buon ambiente operatorio. L'amputazione cinematica primaria può riuscire molto semplice e facile riunendo i flessori con gli estensori e dando loro appoggio e scorrimento su di una superficie articolare o sull'estremità di un moncone osseo, smussata e rivestita di aponeurosi o di muscoli, in modo da formare motori flesso-estensori, e praticando nella stessa seduta, e prima di suturare la cute del moncone, l'attacco somatico dalla parte flessoria a 4 o 6 centimetri dall'estremità del moncone.

Accenna ad alcune possibilità di amputazioni e disarticolazioni cinematiche e riporta alcuni casi clinici.

2° *Regolarizzazione cinematica primaria.* — Quando negli infortuni sul lavoro o nelle ferite di guerra si possa intervenire nelle prime ore dopo il trauma si possono avere condizioni favorevoli per la buona riuscita di una regolarizzazione cinematica primaria di tecnica semplice, per esempio la ricopertura con un lembo cutaneo di un frammento di osso rimasto unito ad un muscolo, in modo da formare un motore a clava. Riporta un bel caso riuscito di Pieri.

CINEMATIZZAZIONE SECONDARIA. — 1° *Amputazioni ipocinematiche.* — In questa il chirurgo deve sempre tenere presente il piano di cinematizzazione secondaria del moncone che prepara, quindi deve cercare di conservare più che può l'elemento motorio (muscoli, tendini), le ossa, che possono essere il punto d'inserzione o anche punto di appoggio o di scorrimento dei motori plastici, nonchè la pelle che potrà essere utile per una eventuale plastica. La tecnica varia notevolmente a seconda che l'amputazione venga eseguita per processi flogistici acuti, oppure per affezioni asettiche.

Molto importante il trattamento post-operatorio: la mobilizzazione attiva e passiva sarà iniziata precocemente, onde evitare la formazione di aderenze e di atrofie muscolari.

2° *Regolarizzazione ipocinematica di lesioni mutilanti.* — Come sopra cercare di conservare quanto più è possibile, possibilmente togliere solo i brandelli, praticare un'accurata pulizia meccanica, disinfettare la ferita ed allacciare i vasi; astenersi da altro perchè tutto quello che resta potrà più tardi costituire una risorsa preziosa.

3° *Cineplastiche secondarie* possono definirsi quelle plastiche cinematiche che vengono eseguite sopra un moncone preparato da una amputazione o da una regolarizzazione ipocinematica. Si può fare per via cruenta o per via incruenta (estensione continuata e costrizione delle parti molli per formarsi una clava).

CINEMATIZZAZIONE TERZIARIA. — Eseguita sopra un moncone non preparato, cioè ottenuto con una amputazione ordinaria, ossia acinematica. Si può ottenere con cure incruente o cruente. Il motore o i motori possono avere sede nel segmento stesso di arto in cui è caduta l'amputazione, oppure in un segmento vicino (motori extrasegmentari). Nella cinematizzazione incruenta l'A. fa la cinghiatura dei monconi per dare un punto di sostegno alla protesi e con la costrizione leggiera e graduale viene a costituire il collo della clava.

In quella cruenta prepara il moncone migliorando lo stato dei tegumenti, procurando accumuli di pelle, distaccando aderenze delle parti molli col moncone, risvegliando e sviluppando l'energia muscolare latente; alcune volte riesce a fare la cinematizzazione senza accorciamento del moncone, altre volte deve procedere alla riamputazione. Passa a descrivere la tecnica ed i vantaggi della cinematizzazione mediante motori laterali od ansa che applica alla maggior parte dei monconi, consecutivi ad ampu-

tazioni ordinarie, senza riamputazione. In ciò discosta molto dalla condotta seguita da Sauerbruch e dai suoi imitatori che riamputano ordinariamente i monconi ed eseguiscono la cinematizzazione in 2 tempi. Per la tunnelizzazione usa la plastica cutanea con lembi a ponte che ha notevoli vantaggi sulla plastica con lembi ad unico peduncolo.

Quindi l'A. tratta della *protesi* che chiama *acinematica* quando serve solo per l'estetica, *cinematica* quando è dotata di movimenti secondo la volontà del mutilato.

Classifica le protesi cinematiche in:

a) protesi cinematica puramente meccanica o cineprotesi meccanica;

b) protesi cinematica chirurgo-meccanica o cineprotesi chirurgica;

c) cineprotesi mista.

Nel primo caso in un mutilato si può prendere uno dei movimenti naturali residui meno interessante e si può trasformare la sua funzione normale in un'altra più utile al mutilato stesso, e *senza intervento chirurgico*. Esempio: il movimento di flessione o quello di rotazione dell'avambraccio può essere trasformato meccanicamente in quello di flessione di una mano protesica. Inconveniente alla cineprotesi meccanica può essere la possibile collisione dei movimenti che può avvenire quando il mutilato ha la necessità di utilizzare simultaneamente il movimento naturale e quello trasformato, derivato dal naturale stesso. Questi inconvenienti sono quelli che dimostrano la superiorità della cineprotesi chirurgo meccanica. Descrive alcuni tipi più noti di protesi cinematica.

La cineprotesi chirurgica presenta diversi vantaggi su quella meccanica perchè con la plastica cinematica si ricuperano chirurgicamente le energie cinetiche e dinamiche residue del moncone, con la protesi si utilizzano e si mettono in valore; così la funzione si avvicina di più a quella degli arti normali; la protesi è più semplice e meno costosa; non vi è possibilità di collisione di movimenti.

L'attacco protesico, nei motori a clava, di solito è fatto da un anello; nei motori ad ansa è fatto da una sbarra o da un gancio. All'attacco viene unita una corda metallica o di cuoio (*tirante*) che trasmette l'azione cinetica e dinamica del motore alla protesi. La guaina della protesi, che abbraccia il moncone, deve essere modellata sulla forma del moncone con esattezza in modo che non si sposti durante la contrazione del motore per non fare disperdere energia cinetica.

Considerando la cineprotesi-chirurgo-meccanica dell'arto superiore fa notare che la funzione di prensione della mano artificiale si esplica in due modi: 1° Coll'apposizione del pollice all'estremità del 2° e 3° dito, (prensione triangolare di Vanghetti) che funziona come una pinza, adatta a sostenere i piccoli pesi; 2° Coll'apposizione delle quattro ultime dita al palmo della mano, mentre il pollice agisce come rinforzatore della stretta delle altre dita; agisce come morsa, adatta per afferrare oggetti con maggiore energia. Distingue la cineprotesi chirurgo-meccanica a *prensione diretta* da quella *indiretta*, la prima quando il motore aziona la mano prensile o l'apparecchio da lavoro direttamente durante tutta la durata del lavoro; la seconda quando, col motore, si ottiene la prensione aprendo o chiudendo lo scatto di un apparecchio di afferramento; in questo caso si ha una mano artificiale che manca d'indipendenza e regolarità, mentre che la protesi a prensione diretta garantisce l'indipendenza della mano artificiale, e dà al mutilato la sensazione dello sforzo che compie, dell'ampiezza del movimento e della fatica.

Per la cineprotesi chirurgo-meccanica dell'arto inferiore, dopo il piede a doppio motore plastico di Codivilla, non si era avuto altro esempio consimile. Invece le amputazioni dal ginocchio in su hanno assunto per la protesi una importanza inaspettata in quanto il motore plastico ha sostituito vantaggiosamente i motori artificiali.

La cineprotesi mista riesce specialmente utile nei casi in cui non si può ottenere un motore valido e resistente alla fatica.

A. GIGLIO.

SEMEIOTICA.

Il significato clinico del riflesso plantare controlaterale.

(A. GORDON. *Journal nervous and mental disease*, 1920, dicembre).

Westphal fu il primo a mettere in evidenza i riflessi controlaterali: egli osservò che la eccitazione di un arto può provocare la contrazione dell'altro. Marie, Hinsdall e Taylor, e Ganault osservarono successivamente che la percussione del tendine patellare provoca la contrazione dei muscoli adduttori della coscia del lato opposto. Ganault provocò simultaneamente i riflessi cremasterici omolaterale e controlaterale. Dejerine osservò in due casi di paraplegia la contrazione del tendine di Achille di un lato con la percussione dello stesso tendine dell'altro lato. La letteratura registra non pochi esempi di riflessi plantari controlaterali. Ganault, Babinski, Bramwell, Klippel e Weill, Steinberg, Strumpell, Lewandowski, Babinski ed altri rilevarono il seguente fenomeno in af-

fezioni organiche del sistema nervoso: la eccitazione della superficie plantare del lato normale è seguita dalla flessione delle dita del piede tanto dello stesso lato quanto di quello affetto, mentre la stimolazione della pianta del piede del lato affetto provoca la estensione delle dita dello stesso lato ma nessun movimento dal lato sano.

Gordon in un gran numero di casi di affezioni organiche del sistema nervoso ha trovato settantasette volte il riflesso controlaterale. Il fenomeno era presente in quaranta casi di emiplegia, quindici casi di mielite luetica con paraplegia più o meno pronunziata, quattro casi di sclerosi a placche, due casi di siringomielia, tre casi di ematomielia, due casi di tumori del midollo spinale, quattro casi di sclerosi laterale amiotrofica, otto casi di monoparesi o emiparesi intermittente da angiospasmo cerebrale.

Nelle forme emiplegiche definitive nella maggior parte dei casi il riflesso controlaterale era presente insieme a quello omolaterale, solo in otto casi fu trovato solo il riflesso controlaterale.

L'esame nei casi di mielite dimostrò che quando la lesione delle vie motorie di un lato non era del tutto evidente o dubbio la presenza del riflesso plantare controlaterale deponeva per la possibilità di tale lesione, come l'ulteriore decorso dell'affezione confermò.

Il gruppo delle paralisi intermittenti dette i medesimi risultati: la eccitazione della parte che andava soggetta alla emiparesi transitoria non provocava nessun movimento delle dita del piede del lato sano e di quello del lato paretico, mentre la eccitazione del piede sano provocava il riflesso nel piede paretico.

Gli altri gruppi di malattie presentavano tutta la particolarità che il movimento estensorio controlaterale si determinava al lato nel quale i fenomeni motori erano meno marcati.

Il reperto ottenuto nelle emiparesi intermittenti è quello più significativo nei riguardi del valore diagnostico del riflesso controlaterale. Gli individui che vanno soggetti a uno o due attacchi di emiparesi transitoria finiscono per essere in seguito colpiti da un insulto apoplettico. È perciò molto importante dal punto di vista prognostico e terapeutico accertare se l'emiparesi transitoria sia di origine organica o funzionale.

In considerazione del fatto che in simili casi la lesione delle vie motorie non è evidente e che perciò il dubbio è giustificato la presenza di un riflesso plantare, come ha provato Babinski, ha gran valore. Quando perciò nei casi in quistione manca il fenomeno dell'alluce dorsale diretto il riflesso controlaterale presente nel modo su indicato ha un significato notevole.

Una condizione analoga si verifica in altri gruppi di malattie quando lo stato paretico non è grave e non esistono sintomi probativi di una lesione del tratto motorio così che è possibile l'insorgere di dubbi sulla natura dell'affezione: la presenza del riflesso controlaterale chiarisce la situazione. In ogni caso la eccitazione plantare fatta secondo il metodo di Babinski deve essere molto forte altrimenti il riflesso non si determina.

Interessante è anche il fatto che in molti casi ben definiti di vecchie paralisi stabilizzatesi il riflesso tanto omolaterale che controlaterale è flessorio.

I fatti accennati lumeggiano anche la patogenesi del fenomeno.

Secondo la legge di Pflüger di eccitazione di un'area molto limitata in un animale la cui reflettività è esagerata non rimane confinata all'area stessa; si ha una irradiazione della eccitazione nel lato simmetrico opposto e quindi il movimento di risposta è bilaterale, e quando la stimolazione è forte il movimento primitivo del riflesso semplice è immediatamente seguito da altri movimenti del lato eccitato.

Il fenomeno dell'alluce è un riflesso cutaneo ed è l'espressione di un'alterazione o degenerazione del fascio piramidale.

Quando si pratica la eccitazione sul lato paralizzato si ha inversione del normale riflesso plantare: l'alluce si flette dorsalmente. Quando invece la eccitazione si fa sul lato sano, cioè a fascio piramidale integro, si ha flessione plantare dello stesso dito.

Ora tenuto presente il fatto che la connessura anteriore del midollo spinale contiene fibre che mettono in relazione le cellule delle corna anteriori di ambo i lati, si spiega come provocando il riflesso plantare da un lato l'impulso motore possa diffondersi alle cellule del corno anteriore dell'altro lato. Quando la eccitazione è fatta sul lato sano il riflesso plantare dello stesso lato sarà flessorio perchè l'impulso motorio attraversa un fascio piramidale integro, e l'impulso motorio diffondendosi alle cellule midollari dell'altro lato produrrà anche qui la flessione plantare. D'altra parte l'alterazione del fascio piramidale darebbe ragione del fatto che quando la eccitazione si fa sul lato paralizzato manca il riflesso controlaterale nel lato sano. Quando questo riflesso è presente anche nel lato sano si deve presumere una lesione del fascio piramidale molto leggera, perchè è possibile la diffusione dell'impulso dall'uno all'altro corno midollare, e per ovvie

ragioni il riflesso sarà simile a quello del lato paralizzato, ossia estensorio. Questi fatti dimostrano la necessità di una forte stimolazione quando si voglia provocare il riflesso controlaterale.

Dunque la presenza o l'assenza del riflesso controlaterale è un indice non solo della presenza di alterazioni del fascio piramidale ma anche della intensità di tali alterazioni.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

PETELLA GIOVANNI. *Le malattie del cuore secondo le vedute moderne.* Un vol. in-8° di 339 pag. con figure. V. Idelson, ed. Napoli. Prezzo L. 22.

Pochi capitoli nella medicina hanno subito, in breve volgere d'anni, così radicali mutamenti quanto la cardio-patologia; le scoperte istologiche, i nuovi metodi d'indagine, gli studi sui rimedî cardiaci hanno portato una trasformazione nell'indirizzo clinico della cardioterapia. Chi non ha seguito abbastanza da vicino questo mutamento si trova alquanto disorientato davanti agli studii cardiologici odierni, in cui trova metodi, parole, concetti che gli riescono nuovi.

Il libro dell'A. è appunto adatto a mettere il lettore al corrente dell'argomento, esponendo chiaramente quanto vi è di nuovo e ponendolo in raffronto con le concezioni di prima, sicchè i fatti vengono meglio posti in evidenza, mentre si riconosce talvolta che molti criterî, ritenuti nuovi, non fanno che riprodurre gli insegnamenti dei vecchi maestri.

Alla parte generale, in cui notiamo fra l'altro un largo capitolo sulle aritmie, segue quella concernente la clinica e terapia, con la trattazione delle cure fisiche, farmaceutiche, dietetiche, la terapia sintomatica, ecc. L'esposizione dei nuovi metodi, per lo studio del ritmo cardiaco e dei suoi disturbi, accompagnata da schemi e figure dimostrative e la descrizione dei diversi mezzi di esplorazione del cuore e del circolo sono di un vivo interesse per il pratico, che, oltre a trovarvi delle utili indicazioni per l'esercizio professionale, sarà condotto ad una più esatta interpetrazione dei fenomeni fisiopatologici del cuore. Nè minore interesse desteranno i capitoli sulla terapia, specialmente quella sintomatica, ad ampio sviluppo d'indole essenzialmente pratica. In complesso, il presente lavoro contempera in un sano equilibrio le vedute teoriche e le applicazioni pratiche; esso inoltre ci fa conoscere il notevole contributo degli italiani; che all'estero viene quasi del tutto trascurato e che deve essere invece ragione di intima soddisfazione per noi, mostrandoci con quale seria attività si lavori in Italia.

fil.

SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX: *Traité de path. méd. Tuberculose.* Vol. 17 e 18. — A. Maloine éd. — Parigi, 1920. — Vol. 1° fr. 20; vol. 2° fr. 35.

Il rapido succedersi dei volumi del trattato, che l'editore Maloine pubblica, sotto la direzione del Sergent, di Ribadeau-Dumas e del Babonneix, è titolo di lode; e noi speriamo che in breve tempo lo studioso possa avere un'opera moderna *completa* a sua disposizione. Tanto più lodevole in quanto questi due nuovi volumi affrontano un problema che, coi nuovi orientamenti, è un po' sfuggito dai trattatisti: la tubercolosi. Nei due volumi la materia è divisa in una *parte generale* (vol. 1°) ed in una parte specializzata: *la tubercolosi del fanciullo e dell'adulto, la tubercolosi viscerale* (vol. 2°).

La storia della tubercolosi e la sua evoluzione clinica (Sergent), l'anatomia patologica e i dati sperimentali (Ribadeau-Dumas), la profilassi (Gimbert), l'igiene generale e alimentare, le cure d'aria e di sole (Sabourin), la talasso-, creno- e terapia alimentare (J. ROUX), terapia tubercolina e sieroterapia (Jousset), cura chirurgica pneumotorace e rieducazione respiratoria (Bertier) sono i capitoli nei quali è diviso il 1° volume.

La tubercolosi dei lattanti, del fanciullo, dell'adolescente (R. Dumas), la scrofula e la scrofula tubercolosi (Sergent) precedono nel secondo volume la trattazione della tubercolosi dell'adulto. Essa è affidata a Bellin per quel che riguarda il rinofaringe e il laringe, a Gimbert per la tubercolosi acuta, a Bertier per la tubercolosi polmonare cronica, a Courcoux per la tubercolosi della pleura e delle sierose, a Labro per il pneumotorace, ad Ameuille per la tubercolosi mediastinica del cuore, dei vasi, del fegato, della milza, del pancreas, a Pruvost per il tubo digestivo e per il peritoneo, a Nadal per il sistema nervoso, a Michon per il rene e le vie genito-urinarie, a Grenet per il reumatismo tubercolare.

L'enumerazione dei titoli dei capitoli e il nome degli autori ci dispensa dal dire sulla estensione e su la competenza con cui la trattazione è stata fatta.

Auguriamo al libro un'accoglienza felice tra il pubblico medico italiano.

t. p.

KLEMPERER FELIX: *Die Lungentuberkulose, ihre Pathogenese, Diagnostik und Behandlung.* Un vol. in-8 di 160 pag. con illustrazioni e 5 tavole. — Urban e Schwarzenberg ed., Vienna-Berlino.

Il libro è destinato al medico pratico per il quale sono più che altro utili a conoscersi i metodi di ricerca e di trattamento. Dedicate poche pagine alla parte generale, l'A. insiste particolarmente sulla sintomatologia, sui criteri diagnostici, clinici, radiologici, batteriologici, specialmente per quanto riguarda le forme iniziali, sulle diverse forme e complicazioni.

Ampia è la trattazione della cura, sia specifica, sia climatica, sia medicamentosa; l'applicazione del pneumotorace è descritta con molti particolari di tecnica. Le tavole contengono delle nitide radiografie. *fil.*

L. PRON: *Les maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle.* 3ª ediz. 1 vol. in-12, di pag. 364. — Parigi, 1921, A. Maloine et Fils éditeurs. — Prezzo fr. 12.

Pochi libri vi sono così pratici. L'A. lo ha compilato per soddisfare le necessità dell'internista generico, sovratutto del medico lontano dai grandi centri ed al quale sono difficilmente accessibili le risorse specializzate della terapia.

Contiene poco materiale, ma ben vagliato ed elaborato con molta competenza. Evitando qualsiasi ingombro l'A. ci offre una esposizione semplice ed accurata e con dilucidazioni tecniche, dei problemi diagnostici, e nozioni definite e complete sulle migliori risorse terapeutiche. Troviamo qualche deficienza: per es., troppo poca parte è fatta all'attività fisica ed al massaggio per la cura delle dispepsie; ma nell'insieme il libro costituisce una guida preziosa. F. G.

LYON GASTON. *Consultations pour les maladies des voies digestives.* Un vol. in-16 di 358 pag. Masson e C., éd., Parigi. — Prezzo fr. 16.

Non è agevole orientarsi fra i complessi fenomeni della patologia delle vie digerenti e trovare il filo conduttore, che porti alla diagnosi esatta ed alla terapia appropriata.

L'A. tende con questo suo lavoro a facilitare un tale compito, esponendo la materia sotto la forma apprezzata di consultazione, portando così la soluzione dei principali problemi clinici e terapeutici, che si presentano nella pratica di ogni giorno.

Il libro è diviso in sei parti, che trattano le malattie della bocca e del faringe, dell'esofago, stomaco, intestino, fegato, pancreas, peritoneo.

Più che dal punto di vista della patologia, la materia è trattata sotto quello del sintomo principale o del complesso di sintomi che l'ammalato accusa.

Le numerose indicazioni pratiche sono di evidente utilità. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Associazione Medica Veronese.

Seduta del 31 gennaio 1921.

Di alcune malconformazioni e mostruosità fetali.

O. VIANA. — L'O. presenta tre casi, due di malconformazione fetale e uno di duplicità in aborto gemellare.

Un caso di anemia perniciosa progressiva in gravidanza.

A. BOVI. — L'O. illustra un caso di anemia perniciosa progressiva in gravidanza e concomitante lesione renale probabilmente secondaria alla gravissima discrasia (Fleischl 30 %, globuli rossi 1 milione 600,000, bianchi 12,000, valore globulare = 1; oligocitemia e oligocromoemia che danno ragione del valore globulare inalterato, presenza di megalociti e megaloblasti). Il parto provocato fu seguito da decesso in VIII giornata di puerperio; al tavolo anatomico si trova anemia spiccatissima degli organi interni, degenerazione grassa del cuore e del fegato, iperplasia della milza, midollo osseo trasformato in emulsione oleosa.

Sulla etiopatogenesi della anemia perniciosa progressiva.

A. FAGIUOLI. — L'O. discute le varie teorie finora enunciate in argomento e affaccia l'ipotesi desunta da osservazioni cliniche, che almeno in qualche caso esistano dei rapporti diretti o indiretti fra alterazioni sulla funzionalità endocrinica e processo morboso.

Un caso di anemia perniciosa progressiva aplastica.

O. FALZI. — L'O. illustra un tipico caso di anemia perniciosa progressiva aplastica iniziata subito dopo la comparsa del climaterio. Esposti i reperti clinici, ematologici e anatomo-istologici, prospetta il concetto che la menopausa possa avere contribuito a determinare il processo morboso. L'inferma venne sottoposta, fra l'altro, ad una congrua terapia ovarica, ma senza alcun beneficio.

S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Quattro casi di setticemia colibacillare.

F. Widal, A. Lemierre e P. Brodin riferiscono nei *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (N. 24, luglio 1920) quattro osservazioni di setticemia colibacillare la cui diagnosi fu possibile solo in base ai risultati dell'emocoltura. Il I caso si riferisce ad un uomo affetto da febbre continua comparsa in seguito ad un attacco di enterite. La febbre perdurò circa un mese e cadde per lisi. L'emocoltura praticata il 14°, il 18°, il 21° giorno di malattia diede luogo allo sviluppo di un coli agglutinabile col siero del malato alla proporzione di 1 : 10.

Il II caso riguarda una donna nella quale la malattia si iniziò 4 giorni dopo il parto e che assume tutti i caratteri di una setticemia con comparsa di artrite al gomito destro, e in seguito di flebite bilaterale agli arti inferiori.

L'emocoltura fu positiva per il coli il 18° e il 22° giorno di malattia. Il siero della malata agglutinava il coli isolato con l'emocoltura nella proporzione di 1 : 10.

Le altre due osservazioni si riferiscono a due casi di ittero infettivo iniziatosi con disturbi gastro-intestinali intensi. L'emocultura fu positiva per il coli all'8° giorno nel III caso, e nel IV nel 33° e 41° giorno di malattia. In quest'ultimo caso l'agglutinazione con il siero del malato ed il coli isolato dall'emocultura fu positiva all'1 : 500.

Gli AA. pensano che nel I caso il punto di partenza della setticemia sia stato l'intestino, nel II caso probabilmente l'utero, negli altri due casi l'intestino.

La malattia decorse in tutti con febbre elevata a tipo continuo. Il *bacterium coli*, saprofita dell'organismo umano, quando diviene patogeno si manifesta o nelle sue proprietà di saprofita, o di germe appartenente al gruppo coli-tifo.

Così può determinare suppurazioni locali per inoculazione diretta, o setticemie, che quando sono consecutive a disturbi gastro-intestinali presentano nella curva della temperatura un andamento simile a quello del tifo. Quando il *bacterium coli* determina delle localizzazioni secondarie, queste, come avviene frequentemente nelle infezioni tifose e paratifose, si manifestano a carico del fegato con sindrome di ittero infettivo, o a carico del rene con pielonefriti, o pieliti, o pielocistiti.

TRENTI.

Linfadenite mesenterica.

La diagnosi differenziale delle lesioni situate nella fossa iliaca destra è ancora molto precaria, e spesso è realizzata su dati non obbiettivi ma subbiettivi in rapporto all'esperienza che un medico possiede. Nei casi acuti le difficoltà sono ancora maggiori. A. Wilensky (*Medical Record*, 6 novembre 1920) vuol richiamare l'attenzione sull'infiammazione dei gangli linfatici mesenteriali del punto di unione dell'ileo con il colon. La sintomatologia è molto simile a quella di un'appendicite acuta, durante un intervento indicato dalla quale si sono poi riscontrate le lesioni linfatiche al luogo della lesione appendicolare. In uno dei casi, oggetto del presente studio, l'alterazione riscontrata fu una iperplasia semplice, e la porta d'entrata del virus dovette essere nella parete intestinale tributaria di detti gangli linfatici. In un altro dei casi le glandole erano ammassate in un blocco nel mezzo del quale si trovava un focolaio suppurativo. Evidentemente ciò rappresentava uno stadio più avanzato dello stesso processo piogenico. In questo stadio le complicanze di una ostruzione intestinale sono possibili, e l'intervento è spesso più indicato, mentre la prima forma, essendo più benigna e guarendo con le sole forze naturali viene più di rado riconosciuta dal chirurgo, che non ha motivi per intervenire. Molti casi di grandi ascessi intraperitoneali di origine ed etiologia ignote devono appartenere senza dubbio a questo genere di lesioni.

In un altro dei casi le glandole erano tubercolari o con soli tubercoli endoparenchimali, o con periadenite e ascesso freddo consecutivo. In tal caso le lesioni glandolari sono ordinariamente primarie; cioè non vi sono altri focolai nell'addome che possano rappresentare la porta di entrata o la prima tappa dell'infezione. Non di rado avviene, specie dopo operazioni chirurgiche, p. es., appendicectomia, che i bacilli tubercolari vengano disseminati e si produca poi una tubercolosi di un moncone appendicolare, del colon, dell'ileo, secondarii a linfadenite tubercolare.

Queste linfadeniti si riscontrano spesso nei bambini e sono analoghe per etiologia e patogenesi alle linfadeniti del collo. La porta di entrata spesso è l'appendice; in ogni modo è probabile che l'apparato linfadenoide della parete intestinale compia un ufficio simile a quello delle tonsille nella varietà cervicale di linfoadenite. È interessante, comunque, il fatto che lesioni patologiche adeno-linfatiche, sem-

plici, suppurative, tubercolari, occorrano nell'addome in condizioni di rapporto al canale alimentare perfettamente paragonabili a quelle dell'apparato linfo-adenoideo del collo con la corrispondente sezione del canale alimentare.

N. GENTILE.

Il trattamento degli ascessi delle ghiandole linfatiche.

L'adenite risulta da propagazione per contiguità o contatto o per trasporto di materiali infettanti e può essere preceduta o non da linfangioite; il freddo e l'affaticamento agiscono come deprimenti locali. Le cause infettive sono di solito i cocchi piogeni, i bacilli tubercolari od anche il bacillo pestoso: anche i gonococchi sono stati trovati nel pus di ghiandole inguinali suppurate in caso di uretrite specifica.

Le condizioni infiammatorie dei linfatici possono dipendere da ferite suppuranti od infette in prossimità, o comunque in comunicazione con la ghiandola; le infiammazioni difteriche, o scarlattinose delle tonsille provocano ascessi nelle glandole cervicali o sopraclavicolari; la blenorragia, la sifilide, la peste prevalentemente in quelle inguinali: la tubercolosi, l'erisipela, l'actinomicosi in tutte le parti del corpo.

Le cause non infiammatorie dell'ingrossamento delle ghiandole linfatiche sono il linfoadenoma, linfosarcoma, carcinoma, leucemia, morbo di Hodgkin, raramente però si ha, in tali casi, suppurazione.

Le malattie cutanee provocano spesso ascessi ghiandolari, così pure le adenoidi e talvolta anche le punture di insetti.

Vi è un temperamento ghiandolare, come vi è quello nervoso e quello muscolare: nel primo un lieve trauma può essere seguito rapidamente da infezione. Specialmente nei giovani gli ascessi ghiandolari prediligono il collo: ingrossamenti ghiandolari si osservano anche al ginocchio, pugno, caviglia dove però assai raramente si ha suppurazione.

Il trattamento, prima che si sia formato il pus, dipende anzitutto dalla causa (J. A. Hofheimer, *New York med. Journ.*, vol. CX, n. 24), tenendo presente che una piccolissima abrasione può dare grave infezione. Nei primi stadii le applicazioni fredde possono limitare l'iperemia; si metterà la parte in completo riposo in posizione tale da limitare l'afflusso di sangue arterioso e da favorire il deflusso di quello venoso. Come medicamenti locali, l'unguento mercuriale giova nei casi di infezione specifica: un certo sollievo si ottiene con l'applicazione di pomata fatta a parti uguali di unguento di jodio composto di belladonna e di mercurio, il tutto disteso su garza, e tenuto con un buono strato di cotone. Sono state consigliate le iniezioni interstiziali di acido fenico al 5 %.

Quando si è formato il pus, si incida largamente, scucchiaiando e drenando ogni seno, eventualmente sotto anestesia generale o locale. Se il processo degenerativo è avanzato, si proceda all'estirpazione delle ghiandole. La ferita va poi irrigata con soluzione jodata e soluzione fisiologica.

L'uso dei vaccini può fare abortire la formazione di ascesso. Si istituisca il trattamento tonico, si somministrino joduri, ed una buona nutrizione (latte, midollo osseo, cibi grassi, cereali), consigliando altresì il riposo all'aria aperta.

fil.

Contributo allo studio delle pneumococcie polmonari "strascicate„ e prolungate.

R. Baylac (*Thèse de Toulouse*, 1920) rileva come sia noto a tutti che il tipico decorso della polmonite possa subire modificazioni notevoli in rapporto alla durata dell'evoluzione, che viene ora accorciata, ora prolungata. Accanto a polmoniti prolungate che si manifestano clinicamente come polmoniti migranti, doppie, a riprese, ecc., è da ammettere e distinguere un gruppo di polmoniti strascicate e prolungate.

La durata di queste pneumococcie può essere di mesi. Esse si accompagnano a turbe generali gravi (sudore, febbre, cachessia, ecc.) ed a sintomi locali che possono simulare quelli di una tubercolosi polmonare (fenomeni cavitari, pleuritici, ecc.). La diagnosi si fa con l'esame degli sputi, con l'inoculazione dell'espettorato, con l'esame dei liquidi estratti a mezzo della puntura, con l'emocultura.

La prognosi di queste forme è quasi sempre favorevole: esse son seguite da una lunga convalescenza, ma da una guarigione completa.

Nella patogenesi di dette polmoniti ha forse importanza il terreno e la virulenza dello pneumococco. Caussade e Logre pensano però che il fattore più importante sia determinato dalla presenza negli alveoli polmonari di un liquido sieroso, liquido da edema, in cui gli pneumococchi possono vivere a lungo.

D. MAS.

La rarità dell'ittero infettivo di origine tifica o paratifica.

L'ittero infettivo (Godlewski, *La Presse médicale*, n. 71, 1920) di origine tifica esiste, ma è eccezionale. Ma se è vero che una volta stabilita l'esistenza dell'angiocolite ebertiana (essendosi, fra i primi germi isolati capaci di invadere le vie biliari, riconosciuto il bacillo del tifo) e per facile associazione di idee si ammise la frequenza degli infettivi della stessa natura, l'osservazione di 1300 itteri acuti fatta

da Garnier e Reilly non ha potuto far stabilire l'origine tifica che solamente in quattro casi.

I primi lavori avevano attribuito all'infezione delle vie biliari un'origine ascendente: ben presto la pratica dell'emocultura, le constatazioni sempre più frequenti di setticemie ebertiane e paratifiche vennero a modificare la patogenesi dell'infezione e si considerò come causa l'eliminazione dei germi esistenti nel sangue dalle vie biliari: però malgrado ripetuti tentativi non fu mai ottenuta con il bacillo del tifo la riproduzione sperimentale dell'ittero.

D'altra parte numerosi clinici, e fra essi Landouzy, Mathieu, Rendu, non hanno mai ammesso l'origine tifica dell'ittero infettivo. Le statistiche inoltre di Bernheim, Murchison, Biermer, ecc., concordano nello stabilire la rarità dell'ittero durante il tifo o il paratifo, e Garnier e Reilly aggiungono che è assurdo ammettere che malattie sì scarsamente itterogene possano essere invocate come causa frequente dell'ittero infettivo.

In quasi tutti i casi di ittero acuto esaminati durante la piressia da Garnier e Reilly, talora prima dell'ittero, l'emocultura è restata il più spesso negativa: come accennammo, in soli 4 casi bacilli del gruppo tifico erano senza discussione in causa. Per tutti e 4 si ebbe un quasi identico svolgimento clinico: curva termica riproducente quella di un tifo, andamento generale come quello di un tifo leggero; in più un lieve ittero: le urine con scarsi pigmenti, con molta urobilina ed urobilinogeno. Gli AA. dicono anche a questo punto che sarebbe lecito considerare la malattia tanto come una forma clinica di febbre tifoide che come un caso di ittero infettivo primitivo.

Tali forme di ittero non possono certo confondersi con le forme di spirochetosi: non vi è l'inizio brusco, nè l'erpete, nè vi sono le mialgie, nè i vomiti; la curva termica non si abbassa nel momento in cui compare l'ittero per poi rialzarsi. Ed il laboratorio mostra che l'emocultura praticata a tempo dà un risultato positivo e che con l'agglutinazione si osserva che il tasso è elevato ed aumenta con il progredire della malattia. La ricerca poi delle spirochete nell'urina è sempre negativa.

E se si passano in rassegna le osservazioni dei vari autori di itteri infettivi ritenuti di origine tifica si vede chiara la loro natura spirochetotica: così i casi di ittero con sindrome meningea, da alcuni attribuita ai bacilli tifici, rientrano nel dominio delle spirochetosi, e sappiamo che il così detto ittero a ricadute, od ittero a recrudescenze febbrili, è costantemente dovuto allo spirochete di Inada. I casi più probativi di itteri infettivi di origine tifica sembrano essere il prodotto dell'associazione tifo-spirochetosi facile a verificarsi: l'emocultura dimostra l'esistenza della febbre tifoide, la dislocazione delle travate del fegato e l'iperplasia cellulare epatica svelate all'autopsia caratterizzano la spirochetosi.

Se viene con l'emocultura isolato un germe, non può questo esser considerato fatalmente come la causa degli accidenti presentati dal malato: spesso dal sangue di tifosi s'isolano degli anaerobi che nulla di specifico hanno nei malati prodotto, e nelle spirochetosi tali setticemie da germi associati sono frequenti: la febbre gialla ne dà un esempio dimostrativo: il *bacillus icteroïdes* che si rinviene in affetti da tale forma morbosa non è altro che il paratifo B, e l'agente causa della malattia è dimostrato dai lavori recenti del Noguchi essere un organismo simile allo spirochete d'Inada, cioè la *leptospira icteroïdes*.

Questo per dire del valore dell'emocultura: per quanto riguarda l'agglutinazione, occorre che dessa abbia luogo ad un tasso elevato, che persista ed aumenti man mano che la malattia si sviluppa.

Garnier e Reilly notano ancora che i bacilli del gruppo tifico non hanno alcuno dei caratteri biologici propri ai germi itterogeni: essi non sono emolitici nè provocano nello stesso tempo lesioni della cellula epatica: ed inoltre a differenza dello spirocheta itterigeno, del perfringens, del pneumococco, ecc., trovano nella bile un mezzo favorevole pel loro sviluppo e non vengono attaccati e disciolti dai sali biliari.

In conclusione i bacilli del gruppo tifico non sono responsabili che di rari casi di lievi subitteri accompagnati da febbre continua ad andamento tifoideo: gli itteri infettivi sono dovuti a germi speciali che riuniscono due proprietà fondamentali: agiscono sui globuli rossi e sugli organi ematopoietici e provocano nell'economia dei fenomeni di emolisi; sono distrutti dagli elementi della bile che essi deviano dalla loro normale via ed attirano per vera chemiotassi nel torrente sanguigno.

MONT.

Il trattamento degli itteri con la proctoclisi zuccherata ed urotropinizzata.

Circa una trentina di casi di ittero di varia natura sono stati trattati da P. E. Weil (*Bulletin médical*, 12 giugno 1920) con proctoclisi zuccherate ed urotropinizzate (acqua bollita tiepida l. 1, zucchero gr. 45, urotropina gr. 1.50). Nessuna efficacia ha dimostrato il trattamento negli itteri da cirrosi o da neoplasmi: invece assai buoni risultati si sono avuti in casi di itteri infettivi benigni e tossici: specie in itteri

dovuti a litiasi biliare (in qualche caso l'affezione durava da tempo) questa terapia ha risposto bene e sovente ha potuto evitare un intervento chirurgico. Per il fatto che nessun giovamento hanno tratto dal metodo usato alcune forme di ittero (v. s.) ed altre invece se ne sono avvantaggiate in modo evidente l'a. si è servito della prova terapeutica a scopo diagnostico differenziale (ittero semplice ed ittero da cirrosi latente ps.).

I buoni effetti della cura sono rivelati dal fatto che l'affezione è raccorciata nella sua evoluzione; che la diuresi, la quale d'ordinario, quando ritorna alla norma indica la fine della malattia, si stabilisce rapidamente nel tempo stesso in cui spariscono i segni della ritenzione biliare. L'appetito ritorna e le funzioni digestive ed intestinali riprendono il corso normale.

D. MASELLI.

Intossicazione da emetina in terapia.

L'emetina, medicamento così prezioso per la cura della dissenteria amebica, ha l'inconveniente di accumularsi nell'organismo e di dar luogo a fenomeni di intossicazione.

In un mese la dose tossica è quella di oltre un grammo. Ch. Mattei (*Journ. des Praticiens*, n. 52, 1920) dopo la somministrazione per via ipodermica da gr. 1,05 a gr. 1,50 di cloridrato di emetina, ha notato disturbi circolatorî (ipotensione, indebolimento delle contrazioni del cuore, insufficienza cardiaca grave brusca o progressiva); disturbi respiratorî (abbondante broncorrea mucosa, crisi spastiche inspiratorie); disturbi nervosi (paresi dei muscoli del collo e della nuca, paresi degli arti inferiori e abolizione dei riflessi tendinei); disturbi urinarî (oliguria costante e talora insufficienza renale brusca con azotemia). Infatti l'emetina somministrata sia per via ipodermica che per via intravenosa, si elimina per l'urina lentamente e in modo discontinuo. I fenomeni di accumulo dell'emetina sono dunque reali e durevoli: è buona regola perciò, se si adopera il cloridrato d'emetina a dosi frazionate (4 ctgr. giornalieri) per via intravenosa, di non sorpassare la dose totale di un grammo in un mese.

E. B.

NOTE DI TECNICA.

Colorazione dei bacilli tubercolari.

Un nuovo metodo per la colorazione dei bacilli di Koch viene proposto da Konrich (*Deut. med. Wochenschrift*, 1920, n. 27):

1° Colorazione con fucsina fenica calda, ma non bollente, per 2';

2° Lavatura con acqua;

3° Trattamento con solfito di sodio (soluzione acquosa al 10 %) fino a completa decolorazione (occorrono da alcuni secondi a diversi minuti primi);

4° Lavatura con acqua;

5° Colorazione con verde malachite (soluzione acquosa satura parti una: acqua parti due) per 15-30 secondi.

Vantaggi del metodo: economia di alcool, che non viene usato; sicurezza che una decolorazione prolungata non agisca anche sui bacilli di Koch; mancanza di sovracolorazione da parte del verde malachite.

La soluzione di solfito perde la sua attività (trasformandosi in solfato) dopo tre-quattro giorni; è quindi necessario usarla fresca o rinnovarla frequentemente. *fil.*

MEDICINA SOCIALE.

La frequenza della sifilide negli ambienti rurali.

Si ritiene generalmente che di sifilide acquisita sia affetto $^1/_{10}$ della popolazione: nelle campagne, però, si credeva che la percentuale fosse minore.

Recentemente, un medico, a coltura sifilografica moderna, ha potuto scoprire, a Vernon, una borgata rurale fra Parigi e Rouen, 82 casi di sifilide su 524 ammalati da lui visitati in sedici mesi. Vi erano fra essi 15 sifilidi cutanee (ulcera, accidenti secondarî e terziarî) 27 nervose, 3 cardiache, ecc. È notevole la rarità relativa dei fenomeni primarî e secondarî; nella maggior parte dei casi l'infezione era stata misconosciuta e quindi non trattata.

Leredde (*Journal des Praticiens*, 6 nov. 1920) richiama l'attenzione sulla necessità di ricercare accuratamente l'infezione sifilitica, anche nei paesi, dove il più delle volte essa non viene sospettata e di non trascurare l'esame sierologico, che costituisce un buon accertamento della diagnosi. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1313) *Azione dello iodio sull'organismo e in particolare sulle glandole.* — Al dott. Enrico Nencini:

Libri che trattino *esclusivamente* dell'azione dello iodio sulle glandole non ne esistono; ma l'azione dello iodio, qualunque sia il focolaio su cui agisca, è sempre la stessa, come io ho avuto occasione di chiarire in un mio lavoro « Azione dello iodio sulla tubercolosi polmonale » edito sugli Archivi di Farmacologia nel 1919. Tale azione viene più volte ricordata ed illustrata nel mio Trattato di Terapia medica in corso di pubblicazione.

Riassumendo tale azione, essa consiste in ciò: lo iodio, pervenendo nei focolai tubercolari (ghiandolari, ossei, polmonali, etc.), si combina colle sostanze albuminoidee, formando degli iodo-albuminati. Tale combinazione chimica determina delle modificazioni fisiche, per le quali gli infiltrati tubercolari divengono più facilmente disgregabili e riassorbibili: il riassorbimento avviene principalmente per opera dei fagociti, dentro i quali con adatte colorazioni possono mettersi in evidenza i bacilli di Koch. Se trattasi di focolai polmonali, l'infiltrato tubercolare, reso disgregabile, in parte viene riassorbito, ma in parte viene eliminato coll'espettorazione.

G. NARDELLI.

(1314) *La cura dell'edema angionevrotico* — All'abb. n. 10174:

La patogenesi dell'edema angionevrotico non è nota e quindi non si conosce una cura razionale e sicura. In linea di massima si deve tener presente lo stato generale e curare quelle manifestazioni concomitanti che possono essere in rapporto con l'angioneurosi. A seconda dei casi quindi si adotteranno le norme opportune per regolare la dieta, proibendo eventualmente le sostanze di possibile nocumento, si sorveglieranno le funzioni intestinali, si provvederà a migliorare lo stato generale con medicamenti tonici e ricostituenti (l'arsenico è il più indicato), con l'idroterapia e la climoterapia.

I calmanti non giovano. La stricnica e l'ergotina non hanno dato i risultati vantati da qualche autore. L'atropina non ha dato effetti migliori; viceversa, sembra più efficace la pilocarpina.

Talvolta riesce vantaggioso l'uso della paraganglina.

Per l'edema recidivante delle palpebre giova il collirio di solfato di zinco.

DRAGOTTI.

(1315) *Complicazioni post-operatorie della gastroenterostomia.* — All'abb. n. 12131:

Le complicazioni postoperatorie della gastroenterostomia sono esposte e discusse in quasi tutti i Trattati di chirurgia addominale. Ricordo specialmente la « Chirurgia dell'addome » del Donati, edita dall'Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1914, ove è discussa la questione in un capitolo riassuntivo ma completo.

Fra i lavori speciali sull'argomento ricordo la tesi del Mattoli « La gastro-enterostomia », Soc. Ed. Dante Alighieri, 1903, Roma, e quella più recente, ma meno completa, del Baviera.

Sopra la speciale complicazione dell'ulcera peptica del digiuno consecutiva a gastroenterostomia può consultare Vachez, *Annales internationales de chir. gastro-intest.*, vol. I, n. 4. 1907 (Masson, Parigi).

L. DOMINICI.

(1316) *Ricette di cucina infantile.* — Al dott. E. Grande di Macerata:

Nelle cliniche, negli Ambulatori, negli ospedali infantili si eseguiscono le vecchie e note formule di zuppe e di brodi, un po' descritte da per tutto, come ella scrive. Nel volume « Consultazioni di clinica e terapia infantile » del Valagussa, pubblicato da noi, troverà un capitolo completo intitolato: Schema di tabelle dietetiche per ospedale infantile. S'Ella non ha il volume, del quale sta per pubblicarsi la terza edizione, ce lo scriva chè le faremo pervenire copia delle tabelle.

Nelle cucine infantili si distribuiscono a seconda della potenzialità finanziaria di coloro che istituirono la cucina: latte, minestre, brodi vegetali, purè, ecc., ecc.

La fisiologia stabilisce per le differenti età del bambino la qualità e la quantità di ogni singolo pasto e perciò Ella non potrà trovare novità sull'argomento. Al modernismo in materia di fisiologia umana tiene spesso dietro il regresso scientifico e non il progresso. Si attenga perciò a quanto trova sui trattati malgrado le ricette siano trite e ritrite.

V.

(1317) Al dott. A. D. da C.:

Sul fegato e sulla milza non sono stati pubblicati in italiano trattati recentissimi. In francese è del 920 il volume sul fegato del trattato di Sergent, Ribadeau Dumas e Babonneix.

Un grosso volume sui rapporti tra milza e fegato è pubblicato per opera di Heppinger ma non ne esiste traduzione italiana.

t. p.

(1318) All'abb. n. 13497 indichiamo la *Rivista di patologia nervosa e mentale* diretta dai proff. Tanzi e Lugaro, Firenze, Clinica San Salvi.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le agevolazioni di viaggio ai Medici condotti.

Le conquiste dei medici condotti negli ultimi anni, sia nel campo economico che morale, non sono state nè poche, nè di poca entità.

Tra tutte più importante è stata la conquista effettiva della condotta residenziale, finora qua e là riconosciuta ma raramente tradotta in applicazione.

Soddisfatti della loro nuova posizione ed attratti dalla preparazione e dalla discussione sulle assicurazioni contro le malattie, la cui istituzione parve dovesse ancora minacciare le nuove posizioni dopo tanti lunghi e faticosi sforzi raggiunte, i medici condotti hanno sospeso le loro battaglie.

In effetti, se la istituzione delle assicurazioni sociali non darà motivo a nuove lotte, e fortunatamente gli avvenimenti dimostrano che tale pericolo è per ora e forse per non breve tempo sventato, le attuali aspirazioni dei medici condotti sono di secondaria importanza e di facile raggiungimento.

Nessuno ha preso sul serio la tentata agitazione per la riduzione e la determinazione delle ore di lavoro. Si tratta di manifestazioni di mimetismo, di tendenza ad assumere gli stessi atteggiamenti e le stesse pose più o meno incomposte delle altre classi dell'ambiente burrascoso nel quale, senza nostra delizia, ora viviamo. Ed è davvero deplorevole che a questa influenza non si siano sottratti anche dei medici, pochi davvero, che per la loro educazione morale ed intellettuale dovrebbero meno soccombere e meglio reagire agli influssi dell'ambiente. Paragonare il lavoro del medico con quello degli operai è illogico e forse anche indecoroso. Ma le aberrazioni della logica e della dignità oramai non ci stupiscono da che abbiamo appreso da un collega che l'opera di un medico è socialmente inferiore a quella dello spazzino.

Fortunatamente la proposta della fissazione delle sette od otto ore di lavoro non commosse nessuno e tanto meno ha trovato consenzienti.

Ad ogni modo, sospese o attenuate le discussioni e le polemiche sulle assicurazioni-malattie (di queste è fatto un cenno molto confuso nella relazione per lo scioglimento della Camera) è a sperare che l'A. N. M. C., e per essa la sua Presidenza, ponga mano alle pratiche intese ad ottenere il soddisfacimento di alcune aspirazioni dei suoi aderenti. E tra queste sembra ora più urgente la concessione delle riduzioni ferroviarie.

Questa delle agevolazioni di viaggio è stata una quistione mai impostata e perseguita con quella insistenza e con quel fervore che ne assicurasse la soluzione. Questo scarso interessamento da parte dell'Associazione dei medici condotti va in parte attribuito al fatto che buona parte di tali sanitarii sono medici ferroviari e come tali godono del vantaggio dei biglietti gratuiti.

Non sarebbe illogico e neppure pretenzioso chiedere ed ottenere che ai medici comunali sia fatto al riguardo lo stesso trattamento di cui beneficiano gli impiegati governativi. Quando si pensi che tale beneficio è stato esteso, e da tempo, anche ai maestri elementari, il negarlo ai medici condotti sarebbe davvero iniquo.

Nè si dica che questi ultimi si trovano sotto tale rispetto in posizione privilegiata perchè essi possono essere nominati medici ferroviari ai quali, come si è detto, competono biglietti di viaggio gratuiti. Non tutti i medici condotti sono anche ferroviari. Questo vantaggio è goduto soltanto da coloro che sono in servizio in paesi prossimi alla linea ferroviaria. Gli altri, la grande maggioranza, quelli che vivono lontano dalle vie della civiltà, sono esclusi da ogni concessione.

Eppure le agevolazioni ferroviarie dovrebbero essere concesse ai medici condotti per utilità pubblica. Perchè possano tenersi al corrente del movimento scientifico, per poter convenientemente esercitare la professione essi hanno bisogno di prendere frequenti contatti con istituti scientifici, con cliniche ed ospedali.

Sotto questo riguardo e ancora sotto l'altro non meno legittimo del bisogno che essi sentono di svaghi e divertimenti, i medici condotti hanno titolo alle agevolazioni di viaggio ugualmente e forse anche più degli impiegati statali e dei maestri comunali.

Pangloss.

SERVIZI SANITARI.

Piano per la riorganizzazione del corpo sanitario militare americano.

In questo periodo di transizione per tutte le istituzioni militari ed in ispecie per il corpo sanitario militare italiano, non sarà inopportuno dare uno sguardo a quanto, su tale argomento, vien fatto presso le altre nazioni, e specialmente in America, ove, dopo l'esperienza della guerra, tutto un vasto movimento si è iniziato, ed è bene tenerlo presente, per ricostituire su più salde basi la compagine militare e dar più solida tessitura ai vari servizii che ne fanno parte essenziale.

Il generale medico Merritte W. Ireland, in una conferenza tenuta al Congresso annuale delle Associazioni mediche di New Orleans (*American Medicine*, luglio 1920) ha, con impressionanti dati di fatto, prospettata la grave crisi che anche in America attraversa il corpo sanitario militare.

La situazione è colà talmente mutata in peggio per i medici militari, nel dopo-guerra, in causa del contrasto tra gli stipendi bassi e l'accresciuto costo della vita, ed il conseguente esodo di essi è divenuto tale, che ben 730 posti di Ufficiale medico effettivo divennero rapidamente vacanti nell'esercito degli S. U.

Per migliorare tale stato di cose il Generale Merritte W. Ireland propone anzitutto di assicurare nel corpo sanitario una più celere rotazione delle promozioni: il passaggio cioè al grado di Capitano dopo 3 anni dall'inizio della carriera, al grado di Maggiore dopo 12, al grado di Ten. Col. dopo 20, al grado di Colonnello dopo 26.

Per allettare i giovani medici ad intraprendere la carriera militare egli ritiene si debba promuovere e favorire l'ingresso dei più distinti studenti di medicina negli Ospedali militari, con il grado di aggiunti interni, in maniera che essi, insieme alla laurea, possano conseguire il grado di Ten. Medico.

Tutti i medici civili, poi, abili al servizio, dovrebbero venire, fino dal tempo di pace, iscritti o nei varii ruoli della riserva, assegnando già per ciascuno il posto in rapporto alle sue speciali attitudini, o nei vari servizi civili, che non possono venire interrotti dalla guerra.

In tal modo, oltre che su i 2000 medici militari effettivi dell'organico del servizio permanente, si potrebbe contare, secondo il Generale Merritte, sopra un corpo di ben 50,000 medici, che fornerebbero una riserva ben organizzata, ed ai quali dovrebbero venir assicurate le promozioni con lo stesso sistema che serve per gli avanzamenti degli effettivi.

Ogni medico riservista dovrebbe compiere un certo numero di istruzioni tecnico-militari, ed il suo nome dovrebbe comparire in un annuo bollettino dal quale risultasse l'assegnazione di ciascuno in caso di guerra, in maniera da avere una pronta guida per conoscere tutte le disponibilità sanitarie della nazione.

Il Generale Merritte, proseguendo nella sua conferenza, ha prospettato inoltre l'utilità di assegnare i medici militari in servizi ove la cultura professionale di ciascuno possa sempre più avvantaggiarsi, destinandoli a prestar l'opera propria presso le grandi formazioni sanitarie militari, e dando il massimo sviluppo alla specializzazione a seconda delle singole attitudini individuali.

Sempre allo scopo di accrescere il valore professionale degli Ufficiali medici, egli ha proposto infine di dare il massimo incremento agli istituti scientifici militari, già così importanti in America, primo fra tutti alla grande Biblioteca Generale che trovasi a Washington, col museo medico-militare annesso, nonchè alla Scuola medica dell'Esercito con il relativo laboratorio.

G. MENDES.

Cronaca del movimento professionale.

La vertenza dei medici della Croce Rossa.

MEMORIALE *presentato dalla Lega fra i Medici della Croce Rossa Italiana alla Federazione degli Ordini dei Medici, agli Ordini dei Medici, ai Sindacati ed a tutte le Associazioni di classe.*

Già durante la guerra la Direzione della C. R. I. (e sotto tale denominazione si comprendono: il Comitato Centrale, i Comitati regionali, la Delegazione generale, le Delegazioni d'Armata) sfruttando l'abnegazione e lo spirito patriottico della classe medica, aveva profondamente disgustato tutti i Sanitari suoi dipendenti. L'azione svolta durante la guerra dalle Delegazioni e dai Comitati Territoriali, diretti per lo più da persone incompetenti e male consigliate (il che troppe volte diede origine a parzialità e favoritismi quali: promozioni e destinazioni arbitrarie, addebiti incontrollabili, rifiuto di competenze ed indennità dovute, minaccie di rivalersi degli addebiti sull'indennità di congedo, ecc.), fu sotto ogni riguardo deplorevole

Ciò non ostante, a guerra finita, un notevole numero di Ufficiali medici della prima Circoscrizione, tosto incoraggiati e seguiti da distinti ed altolocati Colleghi di tutta Italia, anzichè favorire una giustificata reazione che intendeva esplicarsi con dimissioni individuali, si unì in una Lega per tutelare i diritti economici e morali della classe.

L'utilità della Lega, il di cui riconoscimento fu invano e a più riprese richiesto alla Presidenza della C. R. I., non tardò a dimostrarsi evidente allorquando fu promulgato il D. R. 14 dicembre 1919, n. 2470, che sanciva che gli iscritti al per-

sonale della C. R., chiamati in servizio, anche in tempo di pace, d'ordine dell'Autorità Militare, sarebbero considerati temporaneamente militari e soggetti alla disciplina militare. La Presidenza della Lega fra i Medici di C. R. gettò un primo grido d'allarme, che venne sentito questa volta anche al Comitato Centrale, il quale, dopo avere inutilmente inviato a Torino un suo mandatario per imporre con minaccia di provvedimenti disciplinari alla Presidenza della Lega di desistere dal movimento iniziato, chiamò a Roma il Presidente e il Segretario della Lega per dar loro delle spiegazioni che essi non ritennero affatto esaurienti. Ciò succedeva il 7 maggio 1920, epoca alla quale tutto il nuovo Statuto era già in via di pubblicazione ed in cui pertanto la Presidenza della C. R. già conosceva l'interessante per quanto illegale disposizione contenuta nell'art. 36 degli Statuti e 112 del Regolamento circa l'ineleggibilità alle cariche nei Comitati e la sospensione del voto ai dipendenti dall'Associazione, disposizione alla quale però la Presidenza della C. R. si guardò bene dall'accennare coi rappresentanti dell'organizzazione chiamati «ad audiendum verbum».

Queste due gravissime disposizioni introdotte, senza che fossero consultati i soci della Croce Rossa, in uno Statuto nuovo, che si voleva tacitamente imporre ad un personale che, arruolato in base ad un altro Statuto, sarebbe stato obbligato a riconoscerle a fatto compiuto, furono la base di una vivace polemica fra la Presidenza della Lega e la Presidenza della C. R., polemica la quale ebbe il precipuo merito di diffondere la conoscenza dei fatti e di interessare, oltre a molti colleghi, anche l'Ordine dei Medici di Torino, che per il tramite del suo Presidente, Dott. Nicola Garosci, portò la questione al V Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici, tenutosi a Roma dal 25 al 27 novembre 1920, il quale approvò il seguente ordine del giorno:

«Il V Congresso degli Ordini dei Medici informato dell'attuale vertenza fra la Direzione della Croce Rossa Italiana ed i suoi Medici dipendenti; uditi i voti di questi medici perchè sia conservato all'azione della C. R. I. in tempo di pace un carattere strettamente civile e siano abolite le disposizioni che vietano ai Medici della C. R. I. il diritto di voto e di eleggibilità alle cariche sociali; dà mandato alla Presidenza della Federazione di vagliare e sostenere i voti che riterrà equi e di proporre che l'attuale come le eventuali future vertenze vengano risolte da una Commissione paritetica, composta di rappresentanti della Direzione, dei Medici della C. R. e della Federazione degli Ordini. Firmato: Garosci».

Questo ordine del giorno fu accettato dalla Presidenza con la riserva che fosse accolto dalle parti e che si interrompesse la polemica pubblica.

La Presidenza della Lega ha subito aderito incondizionatamente all'ordine del giorno del Congresso e, per disciplina e per riguardo ai voti del Congresso, ha deciso di sospendere la polemica pubblica. Il prof. L. Silvagni, Presidente della Federazione degli Ordini, con sua lettera del 19 febbraio 1921, comunica con rammarico che la Presidenza della C. R. I., avendo categoricamente rifiutato di prendere in considerazione il voto del Congresso, egli si vede costretto a rinunziare di definire onorevolmente questa vertenza.

Di fronte a questa nuova prova di dispotica intransigenza e di mancanza di riguardo non solo verso i medici suoi dipendenti, ma verso l'intera classe medica italiana, che la Federazione degli Ordini rappresenta, i soci della Lega fra Medici di C. R., riuniti in assemblea il 3 marzo 1921, ripresa in esame tutta la vertenza, hanno votato il seguente ordine del giorno, dando mandato alla Presidenza di comunicarlo nel più breve tempo possibile a tutti gli interessati.

Ordine del giorno:

«La Lega fra i Medici di C. R., nell'assemblea plenaria del 3 marzo 1921, deplorando che la Presidenza dell'Associazione abbia rifiutato di accogliere l'ordine del giorno votato dal V Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici ed abbia così rifiutato di iniziare qualsiasi trattativa che valesse a sanare le arbitrarie e dispotiche disposizioni introdotte negli Statuti della C. R., contrarie agli interessi morali ed economici dei suoi dipendenti medici e della C. R. stessa, mentre manda un voto di plauso e di gratitudine alla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici ed alla Presidenza dell'Ordine dei Medici di Torino per l'opera svolta in suo favore, delibera di riprendere l'agitazione per conseguire gli scopi prefissi nell'intero suo programma e si propone, coll'aiuto e l'appoggio di tutte le Associazioni di classe:

1° di chiedere il riconoscimento ufficiale della Lega fra i Medici della C. R. I. da parte della Direzione della C. R. I.;

2° di chiedere che vengano fatte inchieste larghe, rigorose e severe su tutto il funzionamento tecnico e amministrativo dell'Associazione, sul servizio Assistenza ai prigionieri durante l'ultima guerra e sulla liquidazione post-bellica del materiale;

3° di ottenere che l'elemento sanitario dell'Associazione, anzichè sottostare alle odiose ed illegali disposizioni dell'art. 36 del nuovo Statuto, circa l'ineleggibilità alle cariche e la sospensione di voto ai Medici dipendenti, anche se soci, venga reso partecipe più direttamente e in numero prevalente per la sua competenza, nella direzione immediata del Sodalizio;

4° di esigere che, *in tempo di pace*, contrariamente alle disposizioni del R. D. 14 dicembre 1919, n. 2470, e degli art. 18 dello Statuto e 50 del Regolamento, nessuno dei servizi a carattere prettamente e permanentemente civile della C. R. possa avere carattere militare e il personale da essa dipendente non possa in tali casi essere chiamato in servizio d'ordine o con autorizzazione dell'Autorità Militare, nè essere considerato militare;

5° di ottenere che, *in tempo di guerra*, onde conseguire uniformità di comando, parità di trattamento, riduzione di spese, tutto il personale inscritto nei ruoli della C. R. passi immediatamente e completamente alle dirette dipendenze della Sanità Militare;

6° di chiedere che venga nettamente definita

la posizione del Personale sanitario della C. R. con apposito regolamento che stabilisca le norme del servizio sanitario dell'Associazione per le opere di pace (organico, concorsi, nomine, equo trattamento economico, ecc.);

7° di intensificare la campagna dimissionaria invitando gli Ufficiali Medici dimissionari a farsi soci della C. R. e di diffidare i Colleghi di tutto il Regno, a mezzo degli Ordini dei Medici, delle Associazioni professionali e della Stampa politica e professionale a non accettare le nuove condizioni fatte dalla C. R. I. ai medici suoi dipendenti, contrarie alla dignità ed agli interessi materiali e morali della classe».

Il Presidente: Dott. CARBONE Prof. AGOSTINO.

Per le assicurazioni sociali.

La Commissione esecutiva della « Federazione Italiana delle Società di Mutuo Soccorso, Casse e Istituti di Previdenza », poco prima che fosse sciolta la Camera, ha votato l'ordine del giorno seguente:

« La Commissione, ecc.;

« richiamati i voti del VII Congresso della Previdenza sulla necessità di introdurre nella legislazione italiana l'assicurazione obbligatoria contro le malattie;

« impressionata dell'atteggiamento del Governo, il quale, cedendo alle pressioni di interessi particolaristici, non intenderebbe presentare all'approvazione del Parlamento il tante volte annunciato progetto di legge;

« considerato che la mancanza di un provvedimento inteso a disciplinare questa forma di assicurazione, comprometterebbe l'esito delle assicurazioni in vigore e impedirebbe quel coordinamento delle diverse forme di assicurazione che è condizione essenziale per ridurre al minimo il costo delle assicurazioni stesse, mentre renderebbe impossibile la tanto invocata riforma e la conseguente moralizzazione dell'assicurazione infortuni;

« considerato altresì che come conseguenza di questa azione negativa del Governo si perpetuerebbe uno stato di sperequazione tra regione e regione;

« convinta della necessità di intraprendere un'azione immediata allo scopo di vincere le titubanze del Governo e di far trionfare le giuste aspirazioni dei lavoratori;

« convinta infine che a meglio raggiungere lo scopo è necessario associare alla Federazione l'azione della Confederazione Generale del Lavoro e del Gruppo Parlamentare Socialista;

« delibera di investire la Presidenza e i deputati appartenenti alla Commissione Esecutiva e al Consiglio Generale dell'incarico di accordarsi con la Segreteria della Confederazione Generale del Lavoro e con la « Sezone Previdenza » del Gruppo Parlamentare Socialista per organizzare un'azione immediata parlamentare ed extra-parlamentare, tendente a rimuovere le titubanze del Governo e a persuaderlo come al disopra degli interessi dei singoli siano gli interessi della collettività che lavora e che produce, e che come tale deve essere efficacemente difesa contro le insidie che minacciano la sua esistenza ed il suo avvenire ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8761) *Pensioni.* — Dott. R. B. di C. — Secondo quanto Ella dice avrebbe prestato sinora oltre a dieci anni di servizio e, perciò, andando a riposo per infermità non contratta in servizio, avrebbe diritto ad una indennità pagabile una volta tanto. Per formulare un giudizio più esatto sarebbe, però, opportuno che Ella facesse conoscere le ragioni per cui la Prefettura ha detto che non Le compete nulla.

(8762) *Soppressione di condotta.* — Dott. E. B. da S. L. N. — La giurisprudenza ha anche recentemente ritenuto che in caso di soppressione di condotta il medico che sia licenziato non ha, ancorchè stabile, alcun diritto per ottenere un risarcimento di danni.

(8763) *Assegnazione di indennità.* — Dott. F. B. da S. G. I. — Se la Giunta Amm. parla di nomina *titolare* si vuol certamente riferire al posto di condotta principale e non a quello di supplente, per cui esiste, è vero, anche la titolarità ma è titolarità speciale non del posto di primario ma del posto secondario di supplente o di coadiutore. A Lei, quindi, compete la indennità di lire 60 dal 1911 e non dal 1894. Per il mancato versamento del contributo volontario deve chieder ragione al Comune che è responsabile verso di Lei.

(8764) *Nomina ad ufficiale sanitario.* — Dottor G. C. da S. — Può invocare la favorevole disposizione contenuta nell'articolo 2 del R. Decreto 18 settembre 1919, N. 1825 a riguardo della età. È la pace coll'Austria, quella che determina la decorrenza dei termini, Ella allude nel quesito.

(8765) *Nomina di sanitarii a servizio di Opere Pie.* — Dott. abbonato 12665. — Le Opere Pie non hanno obbligo di bandire il concorso per la nomina dei sanitarii da esse dipendenti quando non compiono a loro cura il servizio di condotta medica o chirurgica. Sempre quando il rispettivo regolamento interno non si oppone, le dette amministrazioni possono ben confermare a vita i proprii sanitarii o confermarli annualmente per lungo periodo di tempo. Gli aspiranti ad occupare il posto, se rimanesse vacante, non hanno alcun diritto da far valere per avere l'Opera Pia mantenuto in carica quel medico che bene ha corrisposto alla aspettativa della Amministrazione.

(8767) *Medico condotto dimissionario.* — Dottor R. O. da C. — Dal momento che si è dimesso non può dolersi dell'operato del Comune, il quale avrebbe nominato altro sanitario al suo posto. Se le dimissioni non fossero state ancora accettate, le potrebbe ritirare e far dichiarare responsabili gli amministratori per aver con troppa furia provveduto alla nomina del sanitario, senza concorso.

(8768) *Ricchezza mobile.* — Dott. A. R. da M. — La R. M. sugli emolumenti che Le si corrispondevano per il servizio che prestava al Comune limitrofo deve cadere a suo carico, perchè trattasi di introito derivante dal libero esercizio professionale. Dovrà recarsi dallo agente delle Imposte e discutere la tassazione, facendo rilevare che parte della somma percepita rappresenta rimborso di spesa effettivamente sostenuta per viaggi.

Nel caso che l'esattore persista nel rifiuto dei mandati di pagamento, può in base a tali documenti citare il Comune.

(8769) *Incarico provvisorio di ufficiale sanitario.* — Dott. A. D. M. da T. — Essendo scaduta col 31 dicembre 1911 la facoltà del Prefetto di conferire incarichi provvisorii per l'esercizio della carica di ufficiale sanitario, è naturale che le funzioni relative debbono essere ora concesse o a colui che vince speciale concorso, giusta l'art. 72 del Regolamento per la legge sanitaria, o al medico condotto giusta l'art. 18 della legge.

(8770) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dottor M. C. da P. — Agli impiegati comunali non è stata finora concessa una seconda indennità caroviveri.

(8771) *Servizio utile per la pensione.* — Dottor F. B. da S. G. I. — Il servizio utile per la pensione decorre dal 1904, epoca in cui fu legalmente istituito il posto di supplente che Ella occupò dal 1894 al 1910. Avendo aderito, però, alla cassa anteriormente al 1909, ha diritto al riconoscimento dei servizi prestati anteriormente al 1° gennaio 1899 per un periodo non superiore a 15 anni.

(8773) *Conseguimento del diritto a pensione.* — Dott. D. C. da A. P. — Il servizio militare con interruzione di carriera, giusta quanto dispone lo articolo 30 della legge sulle pensioni dei medici condotti, è computato utile ai soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione.

(8774) *Infortunio a causa di servizio.* — Dottor L. D. M. da M. — Al medico condotto interino non compete alcun congedo, nemmeno quello per infermità, sia o meno contratta in servizio od a causa del medesimo. Simili facilitazioni competono unicamente ai medici condotti titolari, nominati in base a regolare concorso. A seguito di analoga domanda il Comune potrebbe concedere un contributo nelle spese che il sanitario avesse dovuto sostenere per l'infortunio toccatogli, ma questi non ha diritto a pretenderlo.

(8775) *Capitolato redatto di ufficio dalla G. P. A. - Obbligatorietà.* — Dott. abbonato X. — Il capitolato della condotta redatto di ufficio dalla G. P. A. deve essere integralmente riconosciuto dal Comune senza che il Consiglio Comunale possa modificarlo aggiungendo o togliendo articoli.

Doctor JUSTITIA.

Concorsi. — Al dott. B. C., Bologna:

Non si risponde se non a quesiti firmati per intero. Le iniziali possono essere usate solo, a richiesta dell'interessato, dalla redazione, nella risposta.

L. P.

Personale assistente delle Università. — All'abbonato n. 11820:

Il nuovo Organico del personale assistente delle R. Università non è stato ancora approvato. Pare che si oppongano difficoltà d'indole economica, e non si può prevedere se per l'anno venturo esso possa essere approvato ed andare in vigore.

t. p.

CONCORSI.

AFFORI (*Milano*). — Condotta; L. 6000 per i primi 1500 poveri e L. 2 per ogni povero in più; c.-v. Scad. 30 aprile.

ANDRIA (*Bari*). — Concorso per un medico condotto; stipendio base L. 4500 al lordo con 8 aumenti quadriennali. Servizio poveri; per 6 parrocchie; popolazione 60,331 abitanti; unico agglomerato; territorio 2,250,000 mq. Tramvia Bari-Barletta; R. Ginnasio; R. Scuola tecnica; Telegrafo; Telefono. Nomina secondo legge e regolamento. Età anni 45. Documenti di rito. Scadenza ore 12 del 30 aprile 1921.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi.* — Medico primario. Titoli. Scad. 10 maggio. Informazioni dalla Direzione.

CAMBIANO (*Torino*). — L. 4000 oltre L. 500 quale uff. san. Scad. 20 apr.

CANNARA (*Perugia*). — Altra condotta egual primaria; L. 6000 per i poveri; c.-v.; L. 2000 per cavalc.; L. 600 per disagiato servizio. Scad. 30 aprile.

CHIRIGNANO (*Venezia*). — Condotta; L. 6000 fino a 500 fam. pov., L. 800 per zona malar., L. 1800 mezzo trasp., L. 600 uff. san., L. 100 trasfer., tre quinquenni del decimo, c.-v. Ab. 4250 in 4 fraz. Chiedere avviso. Scad. 10 maggio.

FINALE EMILIA (*Modena*). — Chirurgo direttore dell'Ospedale; L. 12.000; compartecipazione proventi atti operativi agli abbienti. Scad. 17 maggio.

MANIAGO (*Udine*). — Due condotte libere: per il primo reparto L. 7000 oltre L. 900 quale uff. san.; pel secondo reparto L. 7000 oltre L. 2000 per la cav.; c.-v. Scad. 30 aprile.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Concorso per titoli ed esami a medico ispettore. Stipendio iniziale con c.-v., L. 15,000 circa. Scad. 30 aprile. Per informazioni rivolgersi alla Direzione Medica.

MONTEGABBIONE (*Perugia*). — Condotta residenziale; L. 6000 fino a 1000 poveri; L. 3 ogni povero in più; L. 2000 per residenza e servizio disagiati; L. 1000 per condotta povera; L. 300 quale uff. san.: lorde. A carico del Comune indennità di supplenza per un mese di congedo (fissata in L. 1000), cav. e assicuraz. Scadenza 20 aprile. Chiedere annunzio.

MONTICIANO (*Siena*). — L. 5000; per cavalc. lire 3000; indenn. chilometraggio L. 1000; per uff. san. L. 400; doppio car.-viv. Scad. 30 aprile Chiedere annunzio.

OVARO (*Udine*). — L. 6000, oltre L. 1.50 ogni povero oltre i 1000; L. 2000 per cavalc.; L. 600 per uff. san. Scad. 20 aprile.

POGGIODOMO (*Perugia*). — L. 6000; per disagiata resid. L. 2000; quale uff. san. L. 300. Scad. 20 apr.

PRAGELATO (*Torino*). — Condotta; L. 4000 (*sic*) oltre L. 500 quale uff. san.; L. 500 alloggio; L. 500 bicicletta; c.-v.; suppl.; quinquenni. Scad. 20 apr.

SUTRI (*Roma*). — Condotta unica residenziale; L. 7000 per i primi 2000 poveri e L. 1.50 per ogni povero in più. Cinque quadrienni del decimo; caroviveri; L. 300 quale uff. san. Scad. 20 aprile.

SUVERETO (*Pisa*). — Seconda condotta residenziale; lorde L. 6000 con quattro quadrienni del decimo; caro-viveri; L. 700 per l'obbligo di curare gratuitamente gli abitanti poveri ad oltre un chilometro dall'abitato. Scad. 30 aprile.

TONCO (*Alessandria*). — Condotta; stip. iniziale L. 4000 (*sic*) oltre L. 500 quale uff. san.; trasporto L. 500; caro-viveri. Scad. 30 aprile.

ZAGAROLO (*Roma*). — Al 30 apr., due condotte; L. 7000 per non meno di 2000 pov., cinque quadrienni del decimo; tariffa per gli agiati. Chiedere avviso.

Diffide.

Nuove diffide: Carezzano-Paderna (Alessandria), Montecalvo in Po (Pavia), Montemarciano (Ancona), Solarolo (Ravenna).

Revoca di diffide: comuni di Crespina (Pisa), Cornate (Milano), Castelletto Scozzolo (Alessandria); manicomi di Novara e Cagliari.

Il Comune di MONTE SAN SAVINO (*Arezzo*) cerca un supplente, al quale sarà corrisposto il mensile in ragione dei nuovi assegni annui: L. 9000, c.-viveri L. 2400, a carico del Comune mezzo di trasporto per i poveri. Servizio almeno il 1° maggio p. Condotta per 2/3 in pianura e per 1/3 in collina, circa 3000 abitanti dei quali 500 poveri. La residenza nel Capoluogo, aria buonissima, acqua potabile, illumin. elettr., eccellente viabilità.

Medico giovane, con pratica ospedaliera, cerca interinato. Scrivere offerte e condizioni dott. Salghini Livio, Modigliana (Firenze).

Medico straniero, laureato in Italia, con conoscenza di lingue, cerca interinato od occupazione adatta. Indirizzare: Ufficiale sanitario, Collalto-Sabino (Perugia), per medico straniero.

Valente medico-chirurgo, lunga pratica ospedaliera, conoscenza francese, inglese, tedesco, accetterebbe posto stabilimento idroterapico, casa di salute, anche per lungo tempo. Scrivere: Cassetta 77, Chiaia 213, Napoli.

Assumo interinati da giugno a dicembre. Indirizzare offerte, sino a tutto mese andante, al dottor Cogi, fermo posta - Roma.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Croce Rossa Italiana.* — È aperto un concorso per un opuscolo di «Norme Igieniche per i ricoverati nei Sanatorî-Antitubercolari».

Scopo di tali norme è la diffusione delle cognizioni igieniche utili al tubercoloso nei riguardi individuali, della famiglia e della Società.

L'opuscolo dovrà essere compilato con semplicità, senza termini tecnici che non siano bene spiegati, e le norme dovranno conformarsi alle moderne nozioni scientifiche.

L'opuscolo dovrà rispondere alle seguenti condizioni:

non avere più di due fogli a stampa in ottavo;

avere capitoli brevi, con articoli chiari e con un periodo finale conclusivo stampato in corpo maggiore;

periodare breve, conciso e che tenga viva l'attenzione del lettore.

Per il lavoro che risponderà meglio a tali condizioni la Croce Rossa assegna un premio di L. 500 che verrà aggiudicato da una Commissione di 3 membri, scelti dalla Presidenza dell'Associazione fra medici noti per la loro speciale competenza in materia.

All'autore resteranno i diritti di autore per le edizioni successive alla prima di 10,000 copie, che sarà riservata all'Associazione.

I manoscritti saranno anonimi e contrassegnati da un motto da ripetersi su una busta chiusa contenente cognome, nome e indirizzo dell'autore.

Il concorso scade alle ore 12 del 30 giugno 1921.

I lavori dovranno inviarsi raccomandati alla Croce Rossa Italiana, Comitato Centrale, Ufficio II, via Toscana 10 - Roma.

I ritardi nella presentazione dei lavori, anche se dovuti a cause postali, non sono ammessi.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso Nazionale di Storia delle Scienze mediche e naturali.

È indetto a Bologna nel settembre prossimo.

Presidente effettivo del Comitato ordinatore locale è stato nominato il prof. comm. D. Maiocchi; segretari ne saranno i proff. Raffaello Guerrieri e Guido Piccinini; è stata anche costituita una Commissione per la mostra dei Cimeli.

Le iscrizioni al Congresso si ricevono alla Segreteria del Comitato ordinatore, presso il prof. Raffaello Guerrieri, piazza Aldovrandi, n. 11, pagando la quota di L. 20 per i soci della Società Italiana di Storia critica della Medicina e delle Scienze naturali e di L. 25 per i non soci, con diritto ad un esemplare degli Atti del Congresso.

Alla stessa Segreteria si ricevono pure i titoli delle comunicazioni scientifiche, che ogni inscritto intenderà di fare.

I giorni destinati per il Congresso saranno fatti conoscere, almeno un mese prima, insieme al programma dei lavori.

Il Comitato ordinatore curerà la prenotazione degli alloggi per i Congressisti.

Ogni Congressista riceverà una tessera di riconoscimento.

La Conferenza della Croce Rossa

Nella seduta inaugurale della Conferenza Internazionale delle Società della Croce Rossa di tutto il mondo, seduta tenutasi a Ginevra il 6 aprile, dopo il discorso inaugurale del sig. Ador, Presidente del Comitato internazionale, fu deliberata la nomina di una Commissione di sei membri appartenenti alle Croci Rosse dei paesi neutri per esaminare i ricorsi documentati avanzati circa le violazioni alla Convenzione di Ginevra avvenute durante la guerra.

Il Presidente Ador annuncia, accolto da unanimi applausi, l'accordo pieno avvenuto per una cordiale e fervida collaborazione tra il Comitato internazionale e la Lega delle Croci Rosse secondo il progetto precedentemente redatto insie-

me al generale Henderson, Direttore Generale della Lega delle Croci Rosse.

Il senatore Ciraolo, rappresentante della C. R. I., eletto Vicepresidente, presenta una mozione perchè il Comitato Internazionale e la Lega dirigano insieme un appello ai popoli esortandoli a combattere lo spirito di guerra ancora diffuso nel mondo. Dopo la esplicita adesione del Delegato americano Ferrand e di altri rappresentanti, l'Assemblea unanime approva tra grandi applausi la mozione Ciraolo.

Nella stessa seduta il prof. comm. Baduel, Direttore Generale della C. R. I., riassume brillantemente la sua relazione sull'opera della C. R. Italiana in guerra ed in pace. La relazione è stata sottolineata da approvazioni frequenti da parte dell'Assemblea ed alla fine il Presidente Ador ha espresso tutta l'ammirazione dei convenuti per il magnifico lavoro fatto dalla nostra C. R. I.

La Conferenza ha continuato attivamente i suoi lavori. In seduta plenaria furono presentate le relazioni del Comitato Internazionale e la serie dei rapporti delle Società Nazionali. Dopo la presentazione delle suddette relazioni il senatore Ciraolo propose all'Assemblea una mozione affermante che il Comitato internazionale aveva durante la guerra altamente meritato dalla C. R. e dalla Umanità, facendo augurio che il Comitato internazionale stesso, seguendo le sue tradizioni quasi paterne, incoraggi ed aiuti non solo la benvenuta Lega delle Società della Croce Rossa, ma ogni altro ente internazionale di soccorso. L'Assemblea applaudì alla proposta.

Il sig. Ador, Presidente della C. I., rispose con elevata parola esprimendo la sua gratitudine per l'approvazione dell'Assemblea ed avendo parole molto gentili per la Lega delle Società della Croce Rossa con la quale il C. I. desidera il più completo accordo.

Sono state nominate varie Commissioni per lo studio delle differenti questioni: per la revisione della Convenzione di Ginevra; per il Codice dei prigionieri di guerra, internati e profughi dei territori occupati; sull'opera della C. R. nella guerra civile; sui rapporti delle C. R. fra loro, con le opere filantropiche e le Società straniere stabilite nel territorio nazionale e i Governi; sul personale e materiale sanitario; sulle questioni relative alla limitazione della guerra. I delegati italiani Ciraolo, Baduel, Rossi Doria e Zanghieri fanno parte di queste Commissioni.

Nella riunione del Consiglio dei Governatori della Lega delle Società delle Croci Rosse, oltre importanti decisioni, fu stabilito ad unanimità di invitare immediatamente le Società nazionali di Croce Rossa dell'Austria, Bulgaria, Ungheria, Lussemburgo, Messico e Siam, a far parte della Lega.

La Conferenza Internazionale delle Croci Rosse, esauriti i lavori preparatorî delle Commissioni, ha intrapreso le discussioni in sedute plenarie. Furono approvate le norme che regolano l'attività delle Croci Rosse straniere in territorio nazionale.

Fu pure approvato il coordinamento dei rapporti delle singole Croci Rosse con gli altri enti filantropici, sia nazionali che internazionali. Su questo argomento gran parte delle conclusioni della relazione del sen. Ciraolo furono approvate dall'Assemblea.

Fu pure approvata la proposta del colonnello prof. Baduel, di far tesoro e raccogliere tutti gli insegnamenti acquisiti durante la recente guerra e di svolgere un movimento attivo per l'istituzione delle infermiere professionali civili.

Furono pure approvate le norme che tendono alla mitigazione dei metodi guerreschi in modo da preservare le popolazioni civili e gli innocenti.

***

Si è inaugurata il 3 aprile l'Esposizione internazionale delle opere svolte dalle Croci Rosse durante la guerra, con l'intervento di tutte le Delegazioni presenti alla Conferenza.

Al principio della cerimonia il sen. Ciraolo offrì al Comitato Internazionale un medaglione di bronzo col ritratto del suo Presidente Ador, opera dello scultore Giordani. Il sen. Ciraolo e il signor Ador si scambiarono discorsi improntati alla maggiore cordialità ed applauditi da tutti i presenti.

Davanti al Palazzo elettorale sono due tende della C. R. I. che non hanno potuto prender posto nell'interno dell'edificio. L'Italia, a cui spetta l'idea prima di questa manifestazione, ha esposto tra l'altro un modello ridotto del Palazzo Reale del Quirinale trasformato durante la guerra in ospedale, con la disposizione interna dei letti e delle camere; un ingrandimento fotografico di 5 m. su 4 m., dell'arrivo di una ambulanza automobile nelle retrovie; delle barelle portabili, dei modelli ridotti di un'ambulanza fluviale sul Po, e numerose fotografie, *albums*, carte dimostrative, opuscoli di propaganda igienica, relazioni, ecc. Il reparto italiano occupa il primo posto per la ricchezza del materiale presentato.

Campagna antimalarica nel Lazio.

S. M. il Re ha ricevuto in particolare udienza il senatore prof. Mangiagalli, Presidente del Comitato che si assume la direzione della lotta antimalarica nella parte più meridionale del Lazio, integrando l'opera che nella regione hanno iniziato le «Bonifiche Pontine».

Il Sovrano ha preso vivo interesse alla questione, ha voluto essere informato delle linee generali del programma che il Comitato intende svolgere, e ne ha accettato l'Alto Patronato.

In seguito alla deliberazione Sovrana, il Comitato promotore si è riunito al Senato nella sala della Presidenza e, dopo una esposizione del senatore Mangiagalli, ha deciso di costituirsi in Comitato Esecutivo, eleggendo a Presidente onorario S. E. Tittoni, Presidente del Senato, a Presidente effettivo il prof. senatore Luigi Mangiagalli, a Vicepresidenti i senatori Pirelli e Cencelli, completandosi nelle persone dei senatori Albertini, Calisse, Gavazzi, Saldini, Sanarelli, Valvassore-Peroni e on. Salterio.

Il Comitato Esecutivo è assistito da un Comitato tecnico finanziario e da uno di consulenza di cui fanno parte i più illustri malariologi d'Italia.

Il Comitato esecutivo ha deliberato, con giudizio concorde, di affidare la Direzione del risanamento al dott. Antonino Pais.

Per la propaganda igienica.

Si è costituito a Pavia, ad opera del Consiglio provinciale, un Comitato provinciale per la propaganda igienica; ne fanno parte il Presidente della Deputazione provinciale, il titolare della Cattedra d'igiene dell'Università, due membri della Camera provinciale del lavoro, il Direttore dell'Ufficio municipale d'igiene.

Per i nostri tubercolosi di guerra.

Il Re di Danimarca in occasione della sua visita a Roma, ha consegnato alla Regina d'Italia la somma di L. 100,000 per i reduci di guerra. La regina Elena ha disposto che tale somma fosse devoluta all'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra con speciale destinazione a favore dei mutilati; e l'Opera Nazionale ha stabilito che venga erogata a beneficio dei tubercolotici suscettibili di cura sanatoriale.

La lotta contro la tubercolosi in Inghilterra.

Sotto il regime della legge per l'assicurazione contro le malattie e l'invalidità, sanzionata il 16 dicembre 1911 ma andata in vigore col 15 luglio 1912, il numero di letti per i tubercolotici nei sanatorî e negli ospedali forniti dalle autorità locali è salito da 1500 (nel 1911) a 7038; il numero dei dispensari è andato da 30 a 349; sono in costruzione e verranno presto utilizzati 4 grandi sanatorii, capaci di 650 letti; le spese per il trattamento della tubercolosi dal luglio 1912 al marzo 1919 hanno superato 25 milioni di sterline, ossia circa due miliardi delle nostre lire.

Centri profilattici negli Stati Uniti.

La Croce Rossa Americana si è fatta iniziatrice di nuovi Centri sanitari con programma profilattico.

Una circolare precisa gl'intendimenti e l'organizzazione di tali istituti.

Scopo principale del Centro sanitario non sarà quello di guarire, bensì quello di prevenire le malattie (d'altronde per le cure vi sono già medici *ad hoc* in ogni quartiere generale della C. R. A.). Il personale di ogni Centro comprenderà il Comitato esecutivo della Sezione locale della C. R. A.; ma viene sollecitata la costituzione di un Consiglio di cui facciano parte altri sanitari.

Un Centro modesto potrà essere installato in una o più sale chiare, sane, comode. Nelle grandi città il Centro sanitario dovrà avere invece la sua sede propria in un grande fabbricato, con uffici per le varie organizzazioni locali, con molti medici, con molte infermiere; e dovrà essere in grado di espletare un vasto programma, per fronteggiare i bisogni di tutta la città.

Il Centro sanitario dovrà compiere sovratutto un lavoro di educazione. Numerosi opuscoli di propaganda igienica saranno messi a disposizione di tutti, nei locali del Centro. Le Esposizioni (nelle finestre o nei locali interni) saranno un ramo importante del lavoro del Centro. Molto sviluppo verrà dato alle conferenze, non soltanto alla sede del Centro, ma nelle scuole, nelle chiese, nei circoli o in altre istituzioni. La Lega delle piccole madri che si incarica d'istruire le signorine, e la Lega delle madri, che dà un'istruzione più profonda, vengono vivamente raccomandate. Piccole commedie, che abbiano come soggetto la salute, proiezioni luminose, pellicole citematografiche, possono essere sommamente utili. Qualche Centro sanitario organizzerà corsi sulle prime cure nei casi di urgenza, corsi d'igiene domestica e di assistenza ai malati. Infine una propaganda attiva terrà costantemente informato il pubblico del lavoro compiuto.

Il Centro sanitario deve preoccuparsi anzitutto di guadagnare la simpatia del pubblico, senza di cui il suo lavoro non può essere fecondo. Bisogna convincere il pubblico che il Centro gli appartiene; che la salute generale del paese potrebbe essere migliorata. Non si possono raggiungere buoni risultati se non con una costante e profonda collaborazione tra la popolazione e coloro che sono capaci di indicare alla massa quale via si deve seguire per raggiungere e conservare la salute.

Corso di Medicina del lavoro.

Si terrà presso la Clinica del lavoro dei RR. Istituti clinici di Perfezionamento in Milano, dal 3 maggio al 18 giugno. Le lezioni e le dimostrazioni avranno luogo in ogni giorno non festivo dalle ore 14 alle 19. Non sono ammessi più di 40 medici. Tassa d'inscrizione L. 100. Le domande d'inscrizione si dirigono alla Segreteria degli Istituti, via Commenda, 12 - Milano.

Per l'aumento della indennità per infortunio.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni si è adunato nei giorni 4, 5 e 6 corrente per lo svolgimento di un importante ordine del giorno. Esso comprendeva l'esame dei risultati di gestione dell'esercizio 1920 e del primo bimestre di quest'anno; ed è stato esame assai confortante poichè dalle cifre esposte sono apparsi un incremento sempre maggiore nelle operazioni dell'Istituto ed uno stato di piena floridezza finanziaria. Ed è questo stato di sicura saldezza economica che ha consentito al Consiglio di prendere una delle deliberazioni più importanti alle quali era chiamato. È noto che un disegno di legge promulgato il 20 marzo p. p. ha aumentato notevolmente — triplicandole — le indennità di infortunio agli operai dell'industria, consentendo correlevativamente agli Istituti assicuratori di rivedere le tariffe in vigore, allo scopo di perequare i premi di assicurazione al cresciuto onere delle indennità. La Cassa Nazionale Infortuni ha deliberato che di tale facoltà farà l'uso più moderato, essendo suo intendimento di evitare possibilmente ogni maggiore aggravio alle industrie nel difficile momento che attraversano e consentendole d'altronde le riserve oculatamente accumulate di far già in parte fronte al maggior onere delle indennità, per quan-

to si siano rese di tanto più gravi le spese di gestione. E questa deliberazione risponde pienamente al carattere della Cassa Nazionale Infortuni che per la sua legge di fondazione esclude totalmente scopi speculativi.

Contro l'abuso degli stupefacenti.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge, preparato dalla Direzione generale della Sanità pubblica, contro l'abuso degli stupefacenti (cocaina, morfina, derivati, ecc.). Pene severissime vengono comminate ai trasgressori.

Il detto disegno di legge è stato rimesso all'esame del Senato.

Il 18 dello scorso marzo si spegneva in Udine, in piena maturità di anni e di feconda attività di lavoro, la preziosa esistenza del prof. ETTORE CHIARUTTINI, libero docente di Patologia medica, primario e vice-direttore dell'Ospedale civile di Udine.

Egli si era dedicato specialmente alla profilassi ed alla cura della tubercolosi. Fu il primo nel Friuli ad applicare il metodo del pneumotorace e si deve specialmente a Lui la creazione in Udine del padiglione «Tullio», uno dei primi dispensarii antitubercolari sorti in Italia ed al quale Egli dedicava sempre le più assidue cure.

Esercitava la professione con fortuna, ma insieme con il più grande disinteresse. Era circondato dalla stima e dall'affetto universale nella nativa Udine. Già presidente del Comitato udinese della «*Trento e Trieste*», diede prove non dubbie di alto e nobile patriottismo anche durante la guerra.

Alla desolata Famiglia dell'Estinto vada il nostro vivo rimpianto. PIO MARFORI.

Il fascicolo 4° (1° aprile 1921) della nostra SEZIONE MEDICA, che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra giorni agli abbonati, contiene:

GIOVANNI PILOTTI: **Sulle mioclonie.**

FRANCESCO PEDRAZZINI: **Meccanica cranica e fisica cerebrale.**

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4.30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

Il fascicolo 4° (15 aprile 1921) della nostra SEZIONE CHIRURGICA, che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra giorni agli abbonati, contiene:

ORESTE CIGNOZZI: **Processo di laparoplastica con duplicatura delle aponevrosi per la cura radicale degli sventramenti post-laparotomici e delle voluminose ernie ventrali**

OTTAVIO CIPOLLINO: **La intermetacarpolisi.**

ANTONIO INDELLI: **Nuovo metodo di chiusura plastica del canale crurale.**

UMBERTO NOBILI: **Contributo alla cura delle varici dell'arto inferiore con speciale riguardo al metodo Schiassi.**

DINO PIZZETTI: **Contributo critico e clinico allo studio delle malformazioni dell'uretere. (Un caso di duplicità incompleta monolaterale).**

CARLO VISCONTINI: **Megacolon congenito e Colonplicatio.**

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4.30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *ed. resp.*

ANNO XXVIII — Roma, 25 Aprile 1921 — Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA.

Su di una particolare sindrome mentale consecutiva alla encefalite epidemica.

Prof. CARLO FRANCIONI, direttore della Clinica.

Nei primi mesi dell'anno decorso ho avuto l'occasione di studiare un certo numero di casi (venti) di bambini in parte accolti in Clinica in parte seguiti ambulatoriamente i quali presentavano una sindrome che non avevo mai osservato per l'innanzi e che si è originata in tutti presso a poco nella medesima epoca e cioè nel periodo di tempo corrispondente al primo quadrimestre del 1920, per quanto i varii soggetti provenissero da località diverse e spesso molto distanti l'una dall'altra. Si trattava di bambini di età varia, dai 2 ai 13 anni, dell'uno e dell'altro sesso in proporzioni uguali. In tutti questi soggetti la malattia si manifestava con una più o meno rilevante *alterazione delle funzioni psichiche* per cui si potevano registrare modificazioni del *carattere*, che si era fatto eccessivamente irritabile e violento oppure invece apatico, svogliato; alterazioni della *affettività*, per cui si notava indifferenza a riguardo anche dei genitori; alterazioni del *portamento generale* e del *contegno*. Le *facoltà intellettive* peraltro non apparivano molto alterate, tantochè alcuni di questi pazienti potevano continuare a frequentare la scuola ed il ginnasio anche con qualche profitto. Solo in pochi di quei varii malati si ebbero *disturbi psichici* di maggiore entità come, per

esempio, un'esagerata e strana agitazione motoria (diurna), delle stereotipie motorie e verbali, della verbigerazione, della tendenza ai racconti fantastici e mendaci, della facilità a commettere atti violenti e impulsivi, della tendenza alla fuga, ecc. Però nel maggior numero di essi le alterazioni psichiche erano molto lievi e rintracciabili spesso solo con indagini molto accurate fatte col sussidio di persone ben cognite dello stato normale dei soggetti in questione.

Ma la manifestazione più importante, che non mancava in nessun caso, nemmeno nei più lievi, che costituiva il nucleo centrale della sindrome e che disturbava in alto grado il malato risvegliando l'attenzione e la preoccupazione dei suoi familiari, era rappresentata dalle alterazioni notevoli che si verificavano in rapporto colla *funzione del sonno*. Si notava prima di tutto che i disturbi psichici lievi rilevati durante il giorno si andavano facendo sempre più manifesti all'avvicinarsi della sera. Però il disturbo più grave insorgeva quando il bambino veniva posto in letto e si accingeva ad addormentarsi. Si manifestava allora tosto una impossibilità assoluta di esso a prendere sonno, impossibilità che, nonostante il desiderio del paziente e la sua naturale disposizione, si protraeva fino alle prime ore del mattino successivo. Ma non si trattava di una semplice e comune insonnia, giacchè il disturbo si caratterizzava, oltre che per la incapacità del bambino a prendere sonno, anche per il fatto che esso cadeva in preda ad una agitazione psichica e motoria spesso molto vivace e, non di rado, violenta, strana ed impressionante. I bambini colpiti da tale disturbo si agitavano di continuo nel letto, scendendo e risalendo più volte, si alzavano in piedi, facevano e disfacevano di continuo il letto, come se in esso credessero riposta la causa del loro disturbo, rivoltavano di continuo il guanciale e, ciò facendo, si lamentavano di continuo accusando ripetutamente dolori in varie parti del corpo, invocando aiuto, pronunziando certe parole in modo stereotipato, fischiettando in modo uniforme, ecc. Ma mi è impossibile dare una descrizione approssimativamente esatta della strana sindrome perchè i disturbi che i varii soggetti presentavano in questo periodo di insonnia agitata erano svariatissimi di forma e di grado nei varii casi.

Essi raggiunsero però la massima intensità in un piccolo paziente di 6 anni, il quale, pur non presentando durante il giorno altro che dei lievissimi, appena apprezzabili disordini delle funzioni psichiche e del carattere, all'approssimarsi della notte, senza riuscire a prender sonno, cadeva in preda ad una agitazione psichica e motoria così intensa da costituire un quadro morboso insolito, impressionante e vario e che solo approssimativamente si poteva paragonare, almeno in qualche momento, ad un accesso convulsivo nevrosico colle sue due fasi tonica e clonica.

Una delle caratteristiche principali dei movimenti che compieva questo paziente e che si riscontravano del resto in forma simile anche in altri pazienti, era che essi venivano eseguiti cogli arti di una sola metà del corpo; che presentavano una certa sistematizzazione (apparivano cioè come diretti ad un determinato scopo, di allontanare o scacciare qualcosa, di grattare la testa o simili); e che, infine, si ripetevano in modo stereotipato, tutte le notti sempre allo stesso modo. Tali movimenti non erano continui ma si presentavano ad accessi ed erano per lo più seguiti da una fase di contrattura tonica generale per cui tutto il corpo del bambino si irrigidiva e s'incurvava sul piano del letto a formare un arco di cerchio e durante questa fase il respiro si faceva difficile e rumoroso come nello stertore. Anche in questo paziente il disturbo si protraeva per tutta la notte e solo al mattino sopravveniva alfine un sonno regolare che continuava per qualche ora. Durante lo svolgersi dei disturbi descritti il bambino era sveglio o, tutt'al più, lievemente assopito e la sua coscienza era abbastanza lucida, tantochè comprendeva ciò che gli si diceva, rispondeva a tono e chiedeva di avere vicino qualche persona della sua famiglia. Non di rado parlava anche spontaneamente barbottando delle parole senza significato oppure parole ingiuriose che si ripetevano sempre tutte le notti in modo identico. Non di rado si verificava perdita delle urine ed anche delle feci, ciò che non avveniva mai nelle ore del giorno. Tutti i disturbi che il bambino presentava si attenuavano notevolmente se lo si faceva mettere seduto sul letto o, meglio ancora, se lo si faceva alzare e camminare per la stanza. Però cercando di tenere il bambino distratto oltre l'ora consueta ed impedendogli di coricarsi, non si otteneva alcun vantaggio perchè ad un dato momento il bambino andava ad appoggiarsi al muro o si nascondeva dietro a qualche mobile e cominciava ad agitarsi come di consueto.

Di fronte ad una sindrome così imponente, molto scarsa era invece la *sintomatologia oggettiva* offerta da questo e dagli altri soggetti simili presi in esame: tutto si riduceva ad un certo grado di deperimento generale, a qualche disturbo trofico da parte della pelle e dei muscoli, alla perdita dell'appetito, talora al vo-

mito ripetuto, allo sbadiglio frequente, alla perdita delle urine.

Sopra questa speciale e insolita sindrome io mi intrattenni in una lezione clinica tenuta nell'aprile del 1920. In seguito, raccolti anche altri nuovi dati, ne feci oggetto di una comunicazione al Congresso di Pediatria tenutosi l'anno scorso a Trieste, nella seduta del 25 settembre (1). In tale comunicazione, dopo esposto ampiamente il quadro clinico, io feci seguire alcune considerazioni patogenetiche ed etiologiche per svolgere le quali io tenni conto di varii fattori e cioè: del modo d'inizio della forma morbosa che, se nel maggior numero dei casi si era presentata in modo subdolo e quasi inavvertitamente, in altri casi invece era stata preceduta da fenomeni acuti di carattere encefalitico più o meno manifesti; del fatto che la maggior parte dei casi da me osservati si erano presentati in uno stesso e breve periodo di tempo durante il quale dominava l'epidemia di encefalite; del fatto che i disturbi osservati rivestivano un carattere insolito, mai precedentemente descritto nella letteratura pediatrica. In base a tutte queste considerazioni, avendo creduto di poter escludere sulla scorta di argomenti clinici ed epidemiologici che la sindrome potesse essere ritenuta un postumo di lesioni nervose di origine influenzale, io concludeva ammettendo che « la insolita sindrome osservata in un discreto numero di bambini ed in un breve periodo di tempo e caratterizzata da disturbi psichici per lo più non gravi, che si accentuavano però notevolmente al momento della addormentatura producendo un'insonnia invincibile ed una vivace agitazione psichica e motoria fosse da attribuirsi ad un pregresso attacco più o meno conclamato di encefalite epidemica svoltasi sopra un terreno nevropaticamente predisposto ».

Alla mia comunicazione fecero seguito alcune conferme per parte dei Colleghi Fiore, Berghinz e Simonini che riferirono di aver osservato pure essi dei casi simili e di averli considerati come postumi di un attacco di encefalite epidemica. Il Fiore specialmente riferì i dati clinici di quattro bambini dai 3 ai 12 anni da lui osservati nella Clinica Pediatrica di Firenze, i quali si presentavano di giorno normali o quasi mentre al sopravvenire della notte cadevano in preda ad uno stato di inquietudine, di agitazione motoria, di ambascia, che si accompagnava ad un'insonnia pertinace: tale sindrome era succeduta immediatamente ad un'altra con i caratteri tipici dell'encefalite letargica. In un quinto caso però l'insonnia fu la manifestazione primitiva, accompagnata da fatuità, irascibilità e da un'agitazione motoria rappresentata da movimenti a tipo coreico e da atteggiamenti e movimenti coatti i più stravaganti (arco di cerchio, capriole, rotazione vorticosa sull'asse longitudinale, ecc.): la sindrome guarì completamente dopo circa un mese e mezzo.

Ma, oltre ai casi di questo genere comunicati al Congresso pediatrico, altri ne sono stati osservati in varii luoghi e da diversi osservatori i quali non sempre ne hanno fatto la relazione nella stampa medica. Fra quelli pubblicati è da ricordare il caso descritto dal Salvetti (1) il quale potè osservare due fratelli dei quali uno presentò una tipica forma di encefalite, l'altro, di 4 anni, una sindrome di insonnia agitata con moti coreici, logorrea caotica, ecc., che corrisponde esattamente al quadro già descritto.

Ed anche fuori d'Italia fatti simili sono stati rilevati. Infatti già nel maggio del 1920 il Pfaundler, in una seduta della Società Pediatrica di Monaco (seduta della quale solo da poche settimane abbiamo ricevuto il resoconto) faceva una comunicazione sopra un certo numero di bambini i quali offrirono un quadro fino allora non conosciuto e che impressionava fortemente. Il fatto fondamentale era appunto costituito da una speciale, profonda alterazione del sonno che si presentava disturbato da inquietudine psichica e motoria. Ma anche durante il giorno i bambini presentavano disturbi psichici più o meno manifesti. La descrizione che il Pfaundler dà del quadro morboso si sovrappone in modo del tutto esatto a quella che ne ho dato io fin nei più piccoli particolari. Riguardo alla etiologia il Pfaundler, avendo riscontrato che in tutti i casi era preceduta una encefalite emorragica acuta, la cosiddetta grippe cerebrale, ammetteva che la descritta forma fosse da ritenersi una alterazione del sonno post-encefalitica e che essa fosse da attribuirsi ad una lesione organica post-infettiva localizzata nella regione del talamo. Il Pfaundler aggiungeva inoltre il dato interessante che, per quanto a lui risultava, la sindrome in tempi recenti si era presentata anche in altre località con frequenza notevolissima.

---

(1) Di questa comunicazione, che sarà pubblicata a suo tempo negli *Atti del IX Congresso Pediatrico*, è già stato fatto un ampio sunto nella *Rivista di Clinica Pediatrica*, annata 1920, fasc. 11.

(1) *Gazzetta Ospedali*, 1920, pag. 908.

In Francia, il Bremer, nel giugno del 1920, comunicava alla Società di Psichiatria di Parigi, un quadro notato in un bambino di 9 anni, il quale, dopo una forma di encefalite tipica, andò incontro ad una fase di sonnolenza diurna e d'insonnia notturna ed infine ad una fase di agitazione ipomaniaca diurna con crisi di mania notturna.

Però la sindrome in questione, per quanto sembri essere stata più frequente nei bambini, non ha risparmiato gli adulti. Varii autori che hanno trattato delle forme cliniche della encefalite epidemica ne hanno ben descritto le forme mentali (Carducci, Harmand, ecc.). Inoltre il Gasbarrini e Sala prendendo specialmente in considerazione alcuni postumi dell'encefalite nel giugno del 1920 hanno fatto una comunicazione alla Società medico-chirurgica di Pavia intrattenendosi sopra uno stato di profonda sonnolenza diurna, contrastante con uno stato d'insonnia e notevole irrequietezza notturna riscontrata in alcuni casi in cui detto quadro sintomatologico durava da parecchi mesi. Più recentemente il Roasenda, in un lavoro dal titolo: « Inversione del ritmo del sonno, con agitazione psico-motoria notturna (Sindrome post-encefalitica) » (1) ha riportato tre casi interessanti del genere e di questi tre casi uno si riferisce ad un bambino di 5 anni di età.

Con questo io non intendo certamente di aver fatto una bibliografia completa dell'argomento: l'encefalite epidemica e le sue conseguenze sono state oggetto di tante osservazioni e da parte di tanti autori che appare già oggi una cosa difficile il farne uno studio completo. In ogni modo il materiale raccolto, anche se incompleto, mi sembra sia già sufficiente a permetterci di svolgere qualche considerazione interessante, ciò che mi accingo a fare, procurando di essere quanto più possibile conciso.

Dal punto di vista clinico, varie considerazioni sono da fare. Prima di tutto è da domandarsi se la sindrome in questione sia da ritenersi semplicemente come una forma di sonno patologico o seppure non vada compresa dentro la cornice di un quadro clinico più vasto e vario. Ed io mi dichiaro subito partigiano deciso della seconda veduta. I bambini da me osservati non erano dei soggetti affetti semplicemente da un disturbo del sonno. Solo un esame molto superficiale di essi avrebbe potuto farci pensare a ciò mentrechè un'indagine attenta ed una osservazione assidua ci portavano agevolmente a constatare come anche durante le ore del giorno, quando cioè i pazienti potevano apparire in condizioni del tutto normali, qualche difetto, qualche lacuna più o meno grave a carico di alcuna delle loro facoltà psichiche si poteva sempre dimostrare. Ma in più di ciò è da tener presente come non tutti i bambini offrissero una sintomatologia identica per grado e per forma e che accanto a quei casi più numerosi nei quali si aveva un *minimum* di alterazioni psichiche durante la veglia ed un *maximum* di disturbi all'inizio del sonno ve ne era qualcuno nel quale esisteva una indiscutibile proporzionalità fra le deficienze della veglia e quelle del sonno: ora, essendo evidente che tanto i primi quanto i secondi erano in sostanza affetti da un quadro morboso identico nella sua natura e solo vario per il grado, è logico ammettere che quel deficit psichico fosse parte integrante della sindrome per quanto fosse ben palese solo nei secondi e apparisse invece nei primi meno importante e meno manifesto. Ritengo quindi che la sindrome in questione non si possa considerarla esclusivamente come un caso di alterazione patologica del sonno, ed è appunto questa la ragione per cui io ho preferito di designarla come una sindrome mentale. Di tale sindrome non ho tentato di dare una definizione clinica esatta per la sola ragione che mi è sembrato rilevare non essere essa identica nei varii casi. Ed infatti mentre, come già dissi, in alcuni soggetti si rilevavano la tendenza alla forma depressiva e gli atteggiamenti della melanconia, in altri invece si aveva piuttosto il contegno dell'ipomaniaco ed in altri ancora quello dell'amente (nel qual caso il disturbo notturno sembrava assumere l'aspetto del cosiddetto delirio onirico del Regis).

D'altra parte poi non è da perdere di vista il fatto che ciò che caratterizza principalmente il disturbo non è precisamente un perturbamento del sonno vero e proprio perchè i bambini che ne sono affetti, una volta che sieno riusciti ad addormentarsi, dormono a lungo in modo tranquillo, regolare e profondo. Il disturbo invece precede il sonno ed è in sostanza costituito da un prolungarsi eccessivo di quelle due fasi che già in condizioni normali precedono il sonno ma che hanno di solito durata brevissima e, cioè, la fase dell'addormentatura e la fase del dormi-veglia.

Il soggetto avverte effettivamente il bisogno ed il desiderio di dormire, tanto che chiede di coricarsi e si atteggia nel letto nel modo più appropriato a conciliarsi il sonno; ma a questa sua spontanea, naturale disposizione non fa riscontro l'effetto normale, quindi s'iniziano l'agitazione e l'inquietudine come avviene in tutti

(1) *Il Policlinico*. Sezione pratica, 1921, fasc. 6.

i soggetti colpiti da insonnia. Qualche bambino tuttavia riesce a sorpassare questa fase ed entra allora nello stato di dormi-veglia, stato che prelude al sonno pieno e durante il quale i centri psichici non sono ancora in riposo completo verificandosi allora come una lotta fra la funzione ipnica che tende ad invadere i centri nervosi e l'attività psichica che va solo gradualmente spegnendosi. Queste due fasi precedenti il sonno già nel bambino normale rappresentano un punto critico che diviene facilmente occasione di qualche disturbo e, per poco che il di lui terreno costituzionale sia tarato nel senso della disposizione nevropatica, esse costituiscono facilmente il punto di partenza al manifestarsi di sintomi abbastanza importanti.

È noto infatti come i bambini vadano soggetti a certe alterazioni del normale processo della addormentatura che sono del tutto caratteristiche per l'età infantile.

Molti bambini, quando si avvicina l'ora consueta del sonno, cominciano a subire gli effetti della sonnolenza ed allora divengono inquieti, melanconici, irascibili e non di rado piangono a lungo, senza ragione apparente, finchè non riescano a prendere sonno. Spesso perchè si inizi il sonno si richiede che si verifichino certe determinate condizioni che hanno di solito l'effetto di facilitarne la comparsa (il succhiamento di un dito, l'afferrare la mano della nutrice, lo stringere fra le dita un pezzo di stoffa, l'assumere una determinata posizione, ecc.): se ciò non avviene, il sonno non si produce ed il bambino rimane a lungo desto, divenendo inquieto e bizzoso. Si tratta per lo più di vere e proprie stereotipie dell'addormentatura; più raramente invece l'impedimento a prender sonno deriva da una idea coatta. In qualche caso il bambino si addormenta ma non in modo profondo tanto che lo stimolo più lieve è sufficiente a risvegliarlo: in tal caso il sonno è superficiale, agitato ed è accompagnato da digrignamento dei denti, da movimenti varii e continui degli arti, da frequenti rivolgimenti nel letto, ecc. Varii bambini, quando si trovino in tale stato e vengano comunque stimolati eseguiscono anche dei movimenti complessi come tirarsi su le coperte, grattarsi e stropicciarsi in varie parti del corpo, ecc. Ora tutti questi disturbi, che sono di facile e frequente constatazione e che stanno proprio al limite, fra lo stato fisiologico e quello patologico, costituiscono in certo modo la trama sulla quale si possono ordire molti altri disturbi di aspetto più grave che costituiscono la serie non breve delle manifestazioni patologiche da parte del sonno nel bambino. Ed è a questa predisposizione fisio-patologica specifica offerta dal bambino nel campo della funzione importantissima del sonno che bisogna riferirsi, io credo, se si vuole interpretare al suo giusto valore la patogenesi della forma morbosa in questione. Ma di ciò in seguito; per ora mi appare sufficiente aver messo in rilievo il fatto che la caratteristica della sindrome è sopratutto rappresentata da uno spiccato disturbo della addormentatura e che il sonno, una volta iniziato, si svolge in modo normale per profondità e per durata. Anzi, a tal riguardo, devo aggiungere un particolare che non mi sembra privo del tutto d'interesse e cioè che in qualche soggetto, poco tempo avanti che si iniziasse il sonno regolare, cominciava a presentarsi un ostinato sbadiglio.

È lecito parlare in tali casi, come da alcuno è stato fatto, di inversione del tipo del sonno il quale da notturno si farebbe diurno? Non mi sembra di poter rispondere affermativamente a tale domanda. Certo, sussiste il fatto materiale che il paziente dorme nelle ore del giorno mentre veglia e si agita durante la notte, ma questo non mi sembra ci autorizzi a parlare di una inversione come fatto essenziale e primitivo perchè ciò presupporrebbe che nelle ore di veglia, il soggetto si comportasse in modo normale come di solito si comportano coloro che o per lunga consuetudine o per altro sono giunti ad alterare il ritmo del normale avvicendarsi della veglia e del sonno. Nel nostro caso mi sembra più logico parlare di uno spostamento, di un procrastinamento del sonno, giacchè il fatto che il paziente dorme nelle ore del giorno invece che in quelle della notte dipende puramente dal fatto che egli supplisce quando può alla mancanza del riposo necessario alla reintegrazione delle attività fisiche e psichiche causata dal male. Ed infatti la durata del suo sonno nelle ore del giorno non è più lunga di quanto occorra a supplire al tempo utile perduto di notte e, quando sopraggiunge la sera, il paziente avverte il bisogno di dormire proprio nelle ore nelle quali in condizioni normali lo avrebbe avvertito e sente tale bisogno in modo intenso, imperioso, ciò che contrasta col concetto di una inversione dei termini nel regime del sonno.

Un altro rilievo clinico che mi sembra di non dover trascurare è quello relativo al significato di alcune delle manifestazioni motorie che i bambini presentano durante il periodo di agitazione pre-ipnica. I movimenti che vengono compiuti in tale momento sono del tipo più vario e più strano e sono di difficilissima definizione. Alcuni di essi solo lontanamente po-

trebbero essere avvicinati ai movimenti coreici mentre un gruppo molto più vasto potrebbe essere piuttosto avvicinato al tipo dei tics per la sistematizzazione del movimento e la costanza della sua forma. Ma altre manifestazioni sono molto più complesse e mi sembra si debbano far rientrare nel gruppo dei movimenti coatti (salire e scendere di continuo, fare e disfare il letto) e delle stereotipie (pronunzia ripetuta e monotona delle stesse parole e frasi, ecc.). Ma con ciò non è esaurita la serie delle manifestazioni motorie registrate perchè in qualche caso più grave il campo si allarga ed entrano in scena delle forme nuove più teatrali che ricordano il grande accesso isterico. Si presenta qui il problema se in questi casi si debba pensare sempre alle conseguenze di una lesione organica o seppure non si debba ammettere invece una sovrapposizione di sindrome nevrosica. Alcuni dati da me raccolti mi farebbero propendere verso la seconda possibilità e ciò sopratutto tenendo conto dell'influenza modificatrice esercitata sulla sindrome dal cambiamento di ambiente e dalla suggestione.

Ma, ammettendo ciò, è ben lungi da me l'intenzione di attribuire a puri e semplici fatti nevrotici tutta la intera sintomatologia la quale invece, per molteplici segni, appare in massima parte derivare da alterazioni sostanziali del sistema nervoso. Sembrerebbe piuttosto di poter avanzare l'ipotesi che tali lesioni, come facilitano l'insorgenza di quei disturbi psico-motori per i quali si può ammettere una causa organica, così pure facilitino l'esplosione di quei particolari disturbi funzionali cui oggi si riserva ancora la designazione di nevrosici e verso i quali è da pensare che il paziente presentasse già precedentemente una spiccata disposizione specifica.

In favore dell'opinione che i disturbi motori ripetano la loro origine in qualche alterazione sostanziale del cervello starebbe, a mio parere, il fatto notato in modo molto evidente in uno dei soggetti che i disturbi motori notturni erano localizzati quasi esclusivamente negli arti di un sol lato (sinistro); che i movimenti erano accompagnati da dolori molto forti, di evidente origine centrale, sempre negli arti di quel lato; ed infine che i muscoli da quella parte presentavano all'esame elettrico qualche anomalia, seppur lieve, nella formula di contrazione.

Per ciò che si riferisce alla etiologia della forma morbosa, dai varii dati raccolti parmi risultare evidente che si tratta di un postumo della encefalite epidemica. Però il Pfaundler sembra propendere piuttosto per una forma di encefalite emorragica, espressione di una pregressa grippe cerebrale. Non so su quali elementi questo suo giudizio si fondi perchè nel breve riassunto della sua comunicazione non ne vien fatto parola: ma, per parte mia, non vedo come si potrebbe seguire il Pfaundler in quella sua interpretazione, ammenochè non si volesse accettare la teoria unicista che considera l'agente etiologico della influenza pandemica e quello della encefalite epidemica come una cosa sola, questione questa che non è quì il caso di discutere.

Quanto alla patogenesi, mi sembra prima di tutto ovvio il pensare che le alterazioni morbose osservate sieno la conseguenza di una lesione vera e propria dell'encefalo prodotta dallo speciale virus. Infatti, come già osservai innanzi, non è certo il caso di pensare, almeno per la gran maggioranza dei soggetti, a forme nevrosiche da imitazione, nonostante certi speciali aspetti clinici che ce lo potrebbero un po' far sospettare, e ciò tanto più in quanto molti dei casi da me veduti si erano verificati in luoghi fra loro molto distanti. Certo non è da dimenticare, e su questo punto abbiamo richiamato l'attenzione fin da principio tanto io che il Pfaundler, che la sindrome particolare si manifesta per lo più in soggetti che presentano una tara nevropatica manifesta (in alcuni dei casi da me raccolti era preceduto anche il *pavor nocturnus*): onde bisogna ammettere che il virus encefalitico produca quei dati fenomeni specialmente quando colpisce determinati soggetti particolarmente predisposti. [Studiando l'ubicazione ed il modo di insorgere dei varii casi di encefalite epidemica si ritrae l'impressione che il virus di tale malattia agisca in un campo molto vasto e colpisca magari moltissime persone ma che solo alcune di queste, e di solito non moltissime, cadano in preda alle manifestazioni della encefalite dalla quale cosa ne deriverebbe il fatto che, per quanto si tratti di malattia probabilmente trasmissibile per contagio, solo in pochissimi casi il carattere contagioso di essa appare evidente: anche io nella mia casistica non ho potuto raccogliere che un solo esempio di probabile avvenuto contagio a carico di due fratelli e della loro maestra di scuola che si erano ammalati di forma simile pressochè nello stesso periodo di tempo].

Quanto alla natura ed alla sede delle lesioni, nulla si può dire di preciso, non essendo stata praticata fino ad ora alcuna necroscopia, per quanto mi risulta. Il Pfaundler, in base a considerazioni fisiologiche, prendendo di mira sopratutto il disturbo del sonno e seguendo la teoria del Trömner circa la sede di tale funzione, avanza una ipotesi provvisoria tentando

di localizzare la lesione nel talamo ottico. Questo tentativo del Pf. potrebbe forse trovare qualche appoggio nel fatto che anche altri elementi della sindrome potrebbero far pensare ad una alterazione della regione talamica quali, p. es., i fatti dolorosi agli arti, gli speciali movimenti coreici o coreiformi notati varie volte, l'astenia muscolare, ecc. Ma in verità mi sembra che convenga mostrare qualche ritegno prima di accogliere una ipotesi la quale tende a circoscrivere la sede del male in un tratto così limitato dell'encefalo quando la sintomatologia ci induce a pensare che anche altre zone sieno colpite (fatti psichici) e quando l'istologia patologica, nei casi conclamati di encefalite, ci dimostra che le lesioni sono per lo più molto più estese, diffuse e di carattere vario.

Si tratterà di lesioni infettive in atto o di lesioni tossiche residuali con effetti postumi? Il maggior numero di probabilità sembrerebbe stare in favore della seconda delle due ipotesi, sia perchè i disturbi descritti non sono per lo più accompagnati da alcuna manifestazione che faccia pensare ad una infezione ancora in atto, sia perchè talora i detti disturbi insorgono a qualche distanza di tempo dall'attacco iniziale acuto, intercorrendo una specie di periodo di latenza quale si ha, per es., per le paralisi post-difteriche e si verifica una prima fase di aumento di gravità della sindrome cui sussegue un periodo di lenta decrescenza. Ma la questione non può essere ancora nettamente risolta, tanto più che varie osservazioni riferite da alcuni AA. fanno pensare che il virus encefalitico si possa mantenere attivo per lungo tempo nel sistema nervoso, talora anche per varii mesi.

Non è poi nemmeno da trascurare la possibilità che anche alcuni fenomeni circolatorii prendano parte nel provocare l'insorgenza dei disturbi notturni. L'idea di ciò mi viene suggerita dalla constatazione fatta più volte nel più agitato dei miei pazienti che la posizione orizzontale del corpo favoriva grandemente in lui il manifestarsi del disturbo e che il paziente stesso spontaneamente, quando si sentiva stanco e voleva trovare un poco di ristoro, si metteva seduto sul letto o scendeva addirittura per far qualche passo nella stanza. La supposizione non potrà sembrare troppo azzardata quando si ricordino le importanti modificazioni che presenta la circolazione cerebrale in rapporto col sonno.

Riguardo alla patogenesi della speciale sindrome che insorge all'approssimarsi delle ore della notte, mi sembra che una spiegazione plausibile di essa non possa essere ricercata se non nelle condizioni fisiologiche che determinano in generale il fenomeno del sonno e nelle condizioni fisio-patologiche che dominano poi nel bambino in modo speciale e che contribuiscono in larga misura a provocare l'insorgenza di svariate perturbazioni a carico di tale importante funzione. Veramente, a tutta prima, si sarebbe tentati di riferire la alterazione preferibilmente ad una azione specifica del virus, a riguardo del quale si potrebbe pensare che, come in primo tempo, sia per la sua intrinseca natura, sia per la qualità e sede delle lesioni cui dà luogo, esso porta di frequente al prodursi del sintoma dell'ipersonnia, in secondo tempo, come per un effetto di contrasto, possa dar luogo al fenomeno opposto e quindi ad un difetto e perturbamento del sonno, quasi si trattasse di un esaurimento di quella funzione che è stata per lungo tempo eccitata al disopra del normale. Ed anch'io dapprima mi sono sentito proclive a spiegare il fenomeno in questo modo, ma in seguito mi accorsi che tale interpretazione, quando la si sottoponga ad un'analisi accurata, appare invece non del tutto sostenibile. Infatti non è dimostrato che i fatti di perturbamento del sonno in questione insorgano in soggetti i quali in una prima fase della malattia abbiano presentato un quadro di ipersonnia; anzi molti dei casi da me veduti non avevano presentato alcun periodo acuto che rivestisse i caratteri della encefalite letargica ed il disturbo del sonno si è presentato in essi come fatto primitivo. Si potrebbe allora pensare che lo stesso virus, colpendo sempre una determinata regione, potesse dar luogo, a seconda dei casi, talora ad una sindrome di ipersonnia, talora invece ad una sindrome opposta di iposonnia o di parasonnia. Ma questo ci porterebbe veramente troppo avanti nel campo delle ipotesi. E, d'altra parte, ogni ipotesi costrutta allo scopo di voler spiegare i disturbi del sonno come l'effetto di un virus determinato fornito di un'azione specifica sopra la funzione del sonno, non può reggere ad una critica severa giacchè noi sappiamo benissimo che fenomeni simili, se non identici, a quelli da me e da altri notati si possono osservare anche in seguito all'intervento di agenti morbosi varii e di natura diversa da quella del virus cui si attribuisce l'insorgenza della encefalite. Ciò che costituisce la singolarità delle osservazioni fatte recentemente in questo campo è soprattutto rappresentato dalla frequenza, dal numero cospicuo dei casi che è stato possibile osservare in breve spazio di tempo. Ma questo elemento della frequenza della sindrome è un elemento che trova la sua più ovvia spiegazione nel fatto che mai in nessuna

circostanza di tempo e di luogo si è data l'opportunità di poter osservare sì gran numero di soggetti colpiti da forme di encefalite acuta. A questa condizione sopratutto io credo sia da attribuire la ragione dell'accumularsi in un breve periodo di tempo di tanti casi di sindromi simili, l'insorgenza delle quali nei singoli casi ritengo non vada attribuita tanto alla qualità della causa morbosa, quanto piuttosto alle proprietà del terreno che ne è stato colpito, considerazione questa che trova il suo fondamento nelle constatazioni fatte che la sindrome sembra essersi verificata con particolare frequenza nei bambini; che essa si è iniziata per lo più in seguito ad attacchi lievi di encefalite, tanto lievi che il periodo acuto di essa è passato non di rado inosservato; ed infine che quasi tutti i soggetti colpiti presentavano già in antecedenza tare evidenti da parte del sistema nervoso

Il fatto che i disturbi psichici spesso molto lievi e quasi inapprezzabili durante lo stato di veglia, si accentuino tanto sul far della sera e portino ad una sindrome così imponente non è un fatto che possa recare meraviglia in quantochè esso è di osservazione corrente nello studio delle malattie mentali e può trovare una spiegazione abbastanza soddisfacente quando si accetti di considerare il sonno non solo come un arresto delle funzioni psichiche superiori, cioè come uno stato negativo dei centri nervosi più elevati, sibbene anche come una funzione attiva del sistema nervoso centrale diretta a facilitare i fenomeni reintegrativi della nutrizione: in tal caso, al tempo stesso che viene a diminuire il freno delle attività inibitrici, si deve ammettere che un più attivo metabolismo, una maggiore vivacità di scambi cellulari si verifichino negli elementi nervosi e, naturalmente, se questi non si trovano in condizioni perfettamente normali, è possibile che si producano delle manifestazioni anormali, specialmente da parte dei centri di secondo ordine i quali, liberi ormai da ogni freno corticale inibitore, restano intieramente soggetti alla influenza delle proprie energie intrinseche: di qui l'insorgenza di quei fenomeni che non hanno più il carattere delle manifestazioni volontarie, sibbene piuttosto quello delle involontarie, delle coatte, delle automatiche, ecc. E del resto è ben noto come la prima fase del sonno, la fase del dormi-veglia, sia già esposta, anche in condizioni normali, al manifestarsi di particolari stati psichici quali, per es., le cosiddette allucinazioni ipnagogiche.

Il decorso della sindrome è stato improntato ad una spiccata cronicità, con evidente tendenza ad un lento miglioramento. Il tempo decorso dall'inizio dei varii casi è ancora troppo breve per poter formulare dei giudizi assoluti; in ogni modo sembra che, almeno in qualche caso, si possa registrare un fortissimo miglioramento, se non una completa guarigione.

Relativamente alla cura, qualche vantaggio si è ottenuto solo da una cura sintomatica. Il Pfaundler ha ottenuto buoni resultati coll'uso degli impacchi generali umidi, coll'uso del cloralio per via rettale e colla suggestione allo stato di veglia. Anch'io ho trovato vantaggio nella cura psichica e nell'allontanamento dall'ambiente famigliare; ma, più che tutto, mi ha corrisposto bene l'impiego simultaneo del luminal e del bromuro sodico associati alle comuni cure ricostituenti e nervine (lecitine).

Bologna, 20 febbraio 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

TUBERCOLOSARIO PER EX-MILITARI A PORTA FURBA
Direttore prof. G. MENDES.

Osservazioni su alcuni casi di pneumotorace artificiale con speciale riguardo alle forme di tubercolosi bilaterale.

Dott. U. CASSINIS.

È ormai canone della terapia antitubercolare che le condizioni ideali per l'intervento e la guarigione per mezzo del pneumotorace artificiale siano rappresentate dalla tubercolosi polmonare clinicamente e radioscopicamente monolaterale. Lo ha affermato il Forlanini, lo hanno dimostrato gli altri molti tisiologi in Italia e fuori. Ma il Forlanini ha pure affermato che: « un'altra azione favorevole svolge il p. a. oltre che sul polmone omonimo, verso eventuali lesioni dell'altro polmone, meno spiccata della prima e di gran lunga meno costante, ma sulla quale l'osservazione clinica non lascia dubbio. Il fatto più comune è l'arresto o il rallentamento del decorso della lesione dell'altro polmone: lesioni poco estese o poco avanzate spesso retrocedono, talora guariscono, ma anche se estese e persino cavitarie, è possibile assistere a mutamenti favorevoli del decorso, inattesi, sorprendenti e non comprensibili che attribuendoli al pneumotorace ».

In questo Ospedale, la cui funzione è di ricoverare invalidi di guerra per tubercolosi, convengono ammalati negli stadi più disparati e in genere con lesioni d'ambo i polmoni. Sottoporre al p. a. soltanto i monolaterali equivarrebbe a privare la grande maggioranza degli ammalati di un sussidio terapeutico che può arrecare grandi beneficii purchè applicato con metodo. Per questo ho deciso, per consiglio

anche del Direttore, di estendere il p. a. a tutti coloro che presentassero anche lesioni bilaterali, prendendo come limite di minima lesione una forma di tubercolosi polmonare variamente estesa ed avanzata in un polmone e nell'altro clinicamente e radioscopicamente incipiente a decorso torpido fino al limite massimo di una forma di tubercolosi estesa ed avanzata (cavernosa) in un polmone accompagnata da tubercolosi fibrosa, fibrocaseosa, o caseosa di almeno metà dell'altro polmone.

Il minimo di capacità respiratoria difatti sufficiente all'ossigenazione del sangue è calcolato ad un sesto, al che dimostra poter soddisfare bene un solo lobo polmonare sano. È necessario che lo stato di intossicazione dei pazienti non sia accentuato e di conseguenza sia lieve lo stato di ipoplasia cardio-vascolare cui si attribuisce oggi tanta importanza nell'insorgere dei fatti d'intolleranza generale al p. a.

Gli ammalati scelti possono dividersi, secondo lo specchio seguente, in tre gruppi.

I		II		III	
Tubercolosi monolaterali di vario grado nei quali il p. a. fu:		Tubercolosi bilaterali con lesione opposta poco estesa e poco avanzata nei quali il p. a. fu:		Tubercolosi bilaterali con lesion- opposta estesa e non troppo avanzata nei quali il p. a. fu:	
tentato e non continuato per sinfisi pleurica 6	continuato sino ad oggi con ottimo risultato XI	tentato e non continuato per sinfisi pleurica 4	continuato con buon risultato fino ad oggi VIII	sospeso per rapida sinfisi pleurica dopo pochi riforn. 2	continuato sino ad oggi con risultato insperato IX
sospeso per pleurite a grande versamento e rapida sinfisi 3	di questi ebbero pleurite ess. lieve 3	sospeso per pleurite a grande versamento e rapida sinfisi 2	di questi ebbero pleurite ess. acuta 3	sospeso per anoxiemia 4	di questi ebbero pleurite acuta 5
		sospeso per anoxiemia 1		sosp. per disturbi cardio-gast. 1	pleurite subdola 2
				sosp. per emottisi 1	
20		15		17	

Risulta da tale specchio che in dieci casi si dovette sospendere il p. a. dopo il primo tentativo poichè si palesava sinfisi pleurica che non si era prima potuta mettere in evidenza nè clinicamente nè radioscopicamente.

In questi casi il tentativo è consigliabile tanto più che si è sempre dimostrato innocuo.

Nei 52 casi suesposti non si è verificato mai alcun accidente iniziale; debbo aggiungere anzi che non solo nei miei pazienti, ma in tutti quelli che nell'Ospedale sono stati finora sottoposti al p. a. anche dal dott. Serra (e son più di 100) non si è avuto a deplorare il minimo accenno a tali incidenti. Ritengo che ciò sia dovuto in primo luogo alla scelta del malato sempre esente da tare nervose e bèn preparato moralmente all'atto operatorio, in secondo luogo all'uso abituale dell'iniezione di 1 cc. di cloridrato di morfina, che indubbiamente evita per la sua azione i fenomeni eclamptici, e più ancora all'*impiego costante dell'ossigeno* per la prima insufflazione. L'uso dell'ossigeno non ha bisogno di spiegazioni; basta pensare al meccanismo dell'embolia gassosa, alla possibilità di cadere coll'ago, qualunque esso sia (ago semplice o trequarti di Kuss), in mezzo ad aderenze vascolarizzate per ritenere che se nel tubo di gomma fino all'ago si è fatto defluire ossigeno nell'istante d'immissione dell'ago nei tessuti, l'aspirazione di questo gas nei vasi riesca innocua. A scopo sperimentale anzi non ho mai avuta embolia in animali nei quali coll'ago infisso nel parenchima polmonare ho fatto passare 700 o 1000 cc. di ossigeno ripetutamente. Tale fatto è facilmente spiegato e dalla solubilità dell'ossigeno nei liquidi organici e sopratutto dalla sua affinità per l'emoglobina.

Ho dovuto sospendere il p. a. per complicanze varie, in 12 degli altri ammalati. In

quelli nei quali ho potuto continuarlo fino ad oggi ho notato che i risultati immediati sono sempre stati in ragione diretta dello stato morboso polmonare. Temperatura, sudore, tosse, espettorato, aspetto, peso, subirono una trasformazione rapida nel primo gruppo, più lenta del secondo, più lenta ancora nel terzo; il che è da porre in rapporto con la presenza dei focolai tubercolari dell'altro polmone, che solo più tardi si avvantaggiano per azione indiretta ed oscura del p. a. Si possono distinguere tre fasi di evoluzione clinica dei focolai opposti, qualunque sia il loro stadio:

Fase 1ª. — Dall'inizio del p. a., col miglioramento dei sintomi generali, i focolai opposti hanno dimostrato di ridursi fino alla scomparsa dei dati semeiotici ascoltatori. È un evidente arresto che perdura in taluni casi per molti mesi nel decorso del p. a. senza accenno a recidive.

Fase 2ª. — Coincide coll'insorgere della pleurite: nei miei casi questa ha avuto per lo più inizio acuto, solo nei più gravi si è presentata subdolamente sì da essere riconoscibile al variare dei valori di pressione ed all'esame radioscopico. Dallo stadio di arresto allora l'altro focolaio torna ad una evoluzione talora torpida, più spesso intensa, talora accompagnata anche da emottisi. È in questo stadio che si può essere indotti a sospendere il p. a. se ci si lascia impressionare dal quadro fenomenico. Ho dovuto convincermi che non conviene far ciò se non quando l'evoluzione della tubercolosi nell'altro polmone assuma carattere acuto a rapida evoluzione o determini sindrome di insufficienza respiratoria. Continuando con prudenza il p. a., intervenendo ove la temperatura, *la qualità e la quantità* del versamento lo consiglino, colla toracentesi prima dell'insufflazione, trattando cioè la pleurite come se fosse primaria, non mantenendo mai pressioni endotoraciche positive, seguendo giorno per giorno lo stato dell'opposta lesione, si riesce a far superare la crisi all'ammalato, che dovrà mantenere il più assoluto riposo.

Ho accennato alla qualità del liquido pleurico come condizione per continuare il p. a. Ciò si può fare con liquido a carattere sieroso o siero-fibrinoso, ma dove prevalga il tipo fibrinoso, le aderenze si formano rapidamente, la cavità si oblitera e ben raramente si riesce a mantenere un p. a. parziale. Non vale la toracentesi in questi casi, perchè dà sempre esito a piccole quantità di liquido che si riesce a trovare a fatica in mezzo a dense trabecole, nè si deve dar valore al fatto che coll'esame radioscopico il livello del liquido appaia mobile perchè evidentemente si tratta della falda superficiale ancor libera, mentre subito al disotto l'organizzazione è avanzata.

Non è qui il caso di trattare delle complicanze pleuriche a liquido purulento (nei miei casi non ne ho avuto finora); questo è un capitolo di terapia tubercolare che va trattato a sè.

Quando il livello liquido permanga relativamente basso, la prudente continuazione del p. a. senza toracentesi ne facilita il riassorbimento.

Fase 3ª. — Così dunque, sempre che le condizioni lo permettano, si ha assai di frequente ragione della complicanza pleurica e col migliorare della pleurite si vedono di nuovo migliorare i fenomeni della opposta lesione, talora così notevolmente *da credere* ancora ad una guarigione apparente; in generale in maniera tale da potersi ritenere indotti a fare prognosi relativamente più fausta che per lo passato.

I miei ammalati sono sotto osservazione al massimo da un anno e mezzo; è troppo presto per poter trarre deduzioni sicure sull'esito della cura, però posso concludere che negli 11 casi di p. a. in tubercolosi monolaterali i risultati sono ottimi sì da poter considerare prossima la guarigione di tutti; nei 17 casi di tubercolosi bilaterale non ho avuto per ora, dopo superato il terzo periodo, alcun accenno a peggioramento, ma indizio di sicuro miglioramento negli ammalati del 2° gruppo, evidente anche in quelli del 3°. Il che dimostra che l'impiego del p. a. nei tubercolosi bilaterali, dove sia possibile, è da usarsi come sussidio terapeutico di non dubbio valore.

N. B. — Le storie cliniche saranno pubblicate negli estratti.

RIVISTE SINTETICHE.

I piedi dolenti.

Le affezioni dolorose dei piedi hanno un notevole interesse pratico in quanto possono essere la sorgente di gravi molestie e costituire motivo di impedimento, talvolta prolungato, ad ogni attività per gli individui che ne soffrano.

Tali affezioni sono molto frequenti. Il piede è la parte del corpo più esposta alle azioni traumatizzanti e reumatizzanti. Il piede subisce una costrizione quasi continua da parte delle calzature, deve sostenere tutto il peso del corpo nella stazione eretta, deve compiere un lavoro molto affaticante durante il cammino, è esposto al freddo ed all'umidità.

Quantunque il freddo e l'umido abbiano una parte importante nel determinismo delle affezioni dolorose dei piedi, tuttavia i traumi sono i fattori patogeni più frequenti, e più che il trauma unico e violento, i traumi di non notevole intensità, ma ripetuti o persistenti.

È ben noto che le calzature troppo strette, con i tacchi troppo alti, o non adatte alla forma del piede possono determinare per compressione e per sfregamento callosità o anche processi infiammatorî e ulcerativi della pelle, nonchè processi artritici e periostei.

D'altra parte le calzature strette, come anche gli sforzi eccessivi, disturbando la nutrizione locale dei tessuti indeboliscono la resistenza dei muscoli e dei legamenti, e provocando così spostamenti dei normali rapporti delle ossa o modificazioni della forma di queste, determinano deformazioni spesso dolorose dei piedi.

Le alterazioni di forma e posizione dei piedi possono essere infine congenite o determinate da malattie generali discrasiche e nervose, nonchè da difetti di posizione di altre parti del corpo e specialmente delle altre sezioni degli arti inferiori.

Il piede, la gamba, la coscia, il bacino costituiscono una unità statica in modo che un difetto meccanico di uno di detti segmenti si riflette in vario modo sugli altri. L'arto inferiore può essere paragonato ad una colonna isolata composta di quattro parti, le cui deformazioni e spostamenti si compensano reciprocamente per mantenere l'equilibrio. Per ovvie ragioni il piede, la base della colonna, risente maggiormente le deformità e gli spostamenti delle parti soprastanti.

Le cause adunque delle affezioni dolorose dei piedi sono molte e varie. Non deve quindi meravigliare se gli individui che si lamentano di molestie, sofferenze, dolori ai piedi sono così numerosi.

***

In rapporto alla loro localizzazione i dolori ai piedi possono distinguersi in tre gruppi: tarsalgie, metatarsalgie, calcanodinie.

La tarsalgia può essere provocata da tendovaginiti degli estensori del dorso del piede. La infiammazione di queste guaine è spesso in rapporto a processi infettivi, alla gonorrea, all'influenza, alla infezione reumatica, alla tubercolosi. Ed il dolore è vivo tanto nelle forme acute che croniche.

Anche in seguito a lunghe marcie, a sforzi, all'uso di calzature a pelle dura e strette si ha un'infiammazione dei tessuti peritendinei del dorso del piede. Ma le guaine ed i tendini rimangono illesi. Tuttavia la condizione non è per questo meno dolorosa.

Una delle più comuni cause di tarsalgia è costituita dal piede piatto valgo, che nelle cause dirette o indirette di dolori ai piedi figura nella proporzione del 95 %. È questa un'affezione clinicamente ben definita, che non va confusa col piede piatto paralitico e col piede piatto tubercolare.

Nel piede piatto valgo il margine interno è abbassato, la volta è deviata lateralmente e la pianta è corrispondentemente appiattita.

Nel primo stadio del piede piatto-valgo, quando la deformità è in via di formarsi e progressiva, si possono avere dolori e disturbi anche gravi dell'andatura.

Ma ciò non sempre: il piede piatto statico, che si sviluppa nella infanzia come sintomo di rachitismo o di debolezza congenita dei piedi (frequente nella razza ebrea) raramente provoca disturbi nell'atto di prodursi, nè dà molestie successivamente. In questi casi l'andatura può essere inelastica e strascinante, ma è abbastanza spedita e senza sofferenze. In ogni modo si tratta quasi sempre di appiattimento del piede senza valgismo.

Anche il piede piatto che si sviluppa durante la pubertà o più tardi, e che al principio non provoca alcun sintoma, può rimanere indolore o quasi, anche quando è diventato stazionario ed il collasso del piede è totale. Tuttavia in mancanza di dolore possono esistere altri disturbi: la circolazione è ostacolata, come dimostrano la cianosi del piede e le varicosità venose sul dorso ed intorno al collo del piede; successivamente si può manifestare anche l'artrite e l'arteriosclerosi locale, nonchè una debolezza dei muscoli e dei legamenti laterali della caviglia.

Comunque il piede piatto valgo in non pochi casi è causa continua di dolore e di senso di stanchezza tanto che i pazienti possono essere ridotti ad una vita sedentaria.

I sintomi possono mantenersi a lungo vaghi ed il dolore e l'intorpidimento possono essere localizzati lungi dal piede per modo che l'attenzione non è richiamata sulla vera causa della sofferenza. Per lo più il dolore è avvertito al lato interno del ginocchio e ciò in rapporto allo stiramento subìto dal legamento laterale interno o a lieve versamento articolare. Il dolore può essere avvertito anche ai gastrocnemi, ai muscoli della coscia, del dorso o della spalla. Al piede l'area che appare dolente per prima e rimane più costantemente dolente è quella dietro alla tuberosità dello scafoide al disopra del legamento triangolare: questa è la parte dell'articolazione sulla quale si adatta la testa dell'astragalo e quindi soffre per la pressione esercitata da quest'osso.

Immediatamente sotto il detto legamento sta il tendine del più potente supinatore del piede, il tibiale posteriore, che può essere colpito da tendo-sinovite con la conseguente contrazione spasmodica del muscolo. Un'altra e più comune causa dello spasmo di questo muscolo e degli altri muscoli vicini è costituita dall'eccessiva pressione esercitata dalla testa dell'astragalo sulle tre ossa che formano con esso l'articolazione medio-tarsica: agendo come un cuneo sulle tre ossa la testa dell'astragalo tende a separarle e così provoca un'artrite traumatica che a sua volta provoca lo spasmo muscolare. A questa condizione fu da Gosselin dato il nome di tarsalgia degli adolescenti e da altri quello di piede piatto infiammato.

***

La causa prima del piede piatto valgo è dalla grande maggioranza degli autori attribuito ad un disturbo di nutrizione dei tesuti. La nutrizione difettosa è seguita da degenerazione grassa che a sua volta determina un indebolimento dei muscoli e dei legamenti del piede. Mentre nel piede piatto rachitico l'appiattimento è dovuto alla deficiente solidità delle ossa e quindi alla loro deformazione, nel piede piatto valgo l'appiattimento è dovuto a rilassamento dei tessuti, legamenti, tendini e muscoli, che provvedono a mantenere le ossa del piede nella loro normale posizione.

La causa del difetto nutritivo nella grande maggioranza dei casi è costituita dalla costrizione esercitata dalle scarpe a pelle dura, strette o inadatte per forma. In queste condizioni è impedito l'afflusso del sangue arterioso ed il deflusso di quello venoso.

Un'altra condizione che favorisce, se non provoca, lo sviluppo del piede piatto, consiste nella prolungata stazione eretta. I muscoli per ben nutrirsi hanno bisogno di un continuo avvicendamento di riposo e di movimento, che agevola la circolazione del sangue. Ora questo giuoco è ostacolato dalla stazione eretta: in questa posizione la pianta del piede preme costantemente la suola per modo che il lume dei vasi arteriosi locali è impicciolito per compressione e contemporaneamente è ostacolato il ritorno del sangue venoso.

Il piede piatto è comunemente considerato come una deformità che si sviluppa nella prima età, ma in effetti può manifestarsi anche negli adulti quando si verifichino le condizioni che disturbano la circolazione o tendano a far deviare i piedi dalla loro posizione normale. Le flebiti, le ripetute gravidanze, il progressivo aumento del peso del corpo possono far flettere l'arco del piede anche in età avanzata. Analogamente l'eccessivo sviluppo dell'addome favorisce la produzione del piede piatto perchè in detta condizione per dare al corpo una più ampia base di sostegno i piedi hanno tendenza all'abduzione.

Un carattere particolare del piede piatto che si manifesta nell'adolescenza è talvolta l'inizio improvviso; una lunga passeggiata può provocare dolori violenti e spasmi muscolari, segni del manifestarsi del piede piatto. Quando invece si manifesta tardivamente lo sviluppo è graduale e non ha alcuna fase acuta.

Nel piede valgo dei primi anni della vita i bambini accusano stanchezza, intorpidimento, dolore ai piedi e quando camminano spesso zoppicano. Nella posizione eretta e durante il cammino la deformità si vede chiaramente: il margine interno sotto la pressione del peso del corpo sta più basso e la pianta tocca il suolo più largamente che in condizioni normali. Quando il paziente è seduto con le gambe sollevate ed appoggiate ad una sedia e con i piedi fortemente distesi in avanti si vede il calcagno rivolto all'esterno, il malleolo interno molto prominente, mentre quello esterno sembra scomparso; per la rotazione del calcagno il tendine di Achille è spostato in modo da formare un arco con concavità all'esterno.

Per meglio precisare il grado della deformazione conviene prendere la impressione della pianta del piede.

***

Il piede piatto si può formare anche in conseguenza di lesioni traumatiche dello scafoide.

Quest'osso per i suoi numerosi contatti articolari è largamente coperto di cartilagine, che contribuisce ad aumentarne la elasticità e lo rende quasi un cuscinetto. Incarcerato fra la testa dell'astragalo e le ossa cuneiformi lo scafoide è protetto dalle violenze esterne, ma è molto suscettibile ai traumi indiretti. La flessione molto forzata sia in senso dorsale che plantare può provocarne lo scheggiamento per lo più nella parte mediana o plantare. In conseguenza l'arco del piede si flette e si produce il così detto piede piatto traumatico.

Talvolta la frattura avviene al piano sagittale per penetrazione della estremità acuta delle ossa cuneiformi nella superficie distale dello scafoide. Ma quando i legamenti non cedono non si ha vera frattura e l'osso è più crinato che spaccato. La sostanza spongiosa dell'osso è più o meno diffusamente lesa con emorragia; le sottili trabecole del tessuto osseo sono gradatamente sostituite da connettivo nel quale si trovano spesso piccole cisti. Questa lesione rende lo scafoide suscettibile a nuove fratture anche in seguito a traumi leggeri.

Le fratture isolate dello scafoide non sono rare, ma spesso non sono riconosciute. La diagnosi è facile se il frammento si distacca dall'osso, ma se questo è solamente incrinato i sintomi sono vaghi e possono passare anche inosservati. Subito o poco dopo il trauma la lesione assume l'aspetto di una comune distorsione, ma quando il dolore spontaneo ed il gonfiore diminuiscono ed il paziente si leva i sintomi diventano più gravi perchè più evidenti. Il paziente non può stare in piedi, nè camminare; tutt'al più cammina sul calcagno che subito diventa stanco e dolente. L'andatura è perciò a sbalzi e zoppicante.

Il dolore ha il suo centro di maggiore intensità nello scafoide, si irradia avanti e indietro e può estendersi anche al polpaccio. Talvolta le sofferenze sono sproporzionate ai segni presenti: piccolo gonfiore nella parte centrale del dorso del piede e talvolta dolenzia alla pressione diretta ed indiretta. Sintomi meno frequenti sono: lieve raccorciamento del margine interno del piede, limitazione e dolorabilità dei movimenti di rotazione del piede, atrofia dei muscoli della gamba.

Il piede piatto traumatico può dar luogo a sintomi progressivamente sempre più gravi e terminare anche in artrite deformante, che del resto è un esito di molte altre affezioni del tarso siano esse traumatiche, microbiche o neuropatiche.

***

La terapia del piede piatto valgo si riassume nel ricercare i mezzi più opportuni per modificare la nutrizione del sistema osseo, legamentoso e muscolare. Per raggiungere questo scopo è indispensabile distinguere nella tarsalgia tre periodi dal punto di vista clinico.

Nel periodo caratterizzato dall'essenza di contratture permanenti occorre:

a) consigliare al soggetto una occupazione che non richieda una prolungata stazione eretta;

b) raccomandare in ogni caso l'uso di calzature a pelle morbida, ampie, con tacchi bassi e con forma adatta al piede;

c) prescrivere di sostenere la volta plantare con una calzatura speciale che porti il piede in abduzione e con una soletta appositamente fatta per il paziente su un modello della pianta del piede corretta ricavato in precedenza;

d) fortificare i muscoli che costituiscono dei veri legamenti attivi per la volta plantare. L'idroterapia, l'elettroterapia, il massaggio, la meccanoterapia, la ginnastica ortopedica speciale rendono i più utili servigi; gli agenti fisici sono i mezzi più efficaci per agire sul sistema muscolare, per modificare la circolazione, la nutrizione stessa dei tessuti, in una parola per lottare contro la deformazione incipiente.

Nel periodo caratterizzato della contrattura permanente la fisioterapia sola farebbe perdere un tempo prezioso all'ammalato senza raggiungere alcun risultato utile. In questo periodo occorre praticare il raddrizzamento del piede con o senza amnestesia e mantenerlo in buona posizione per due mesi con apparecchio gessato. In seguito si applicherà la calzatura ortopedica, l'apparecchio gessato e la fisioterapia.

Nel periodo caratterizzato da retrazioni, deformazioni ossee, alterazioni analoghe a quelle dell'artrite secca, da una deformazione considerevole del piede, dalla sua anchilosi in posizione viziosa, l'intervento chirurgico è inevitabile.

Nel piede piatto traumatico da frattura dello scafoide il trattamento conservativo può far riguadagnare al piede la propria funzione, ma talvolta è indispensabile l'operazione allo scopo di rimuovere lo scafoide in tutto o in parte.

***

Il piede piatto oltre che da tarsalgia può essere accompagnato da metatarsalgia.

È stato dimostrato che quando il piede non è caricato da un gran peso lo sforzo è sostenuto dalla tuberosità del calcagno e dalle estremità distali o teste del primo e quinto metatarso. Le ossa del piede sono disposte in modo da formare due archi, uno in senso sagittale e l'altro più breve e meno profondo in senso trasversale. Questo ultimo è formato dalle teste dei metatarsi, perchè i tre centrali sono ad un livello più alto degli altri due e non toccano il suolo. Ma quando il peso del corpo è eccessivo o quando vi sta a lungo in piedi, le teste dei metatarsi centrali si abbassano e l'arco si distende per riassumere la posizione normale col cessare dello sforzo. Se però i legamenti tra le teste dei metatarsi si rallentano in seguito all'eccessiva e lunga distensione si produce un piede piatto anteriore, una condizione che può verificarsi isolatamente ma che per lo più è combinata con il piede piatto valgo.

L'abbassamento dell'arco trasverso del piede di solito è una conseguenza dell'uso di calzature inadatte. Quando queste sono troppo corte e con tacchi alti le teste dei metatarsi sono abbassate in conseguenza della flessione dorsale delle dita, che talora sono quasi slogate nell'articolazione metatarso-falangea. Quando invece le scarpe sono troppo strette e puntute la pressione laterale spinge in alto le teste del primo e quinto metatarso, mentre quelle dei metatarsi centrali, specialmente del terzo e del quarto, sono depresse con la conseguenza che le cinque teste delle dette ossa formano una curva con convessità in basso.

Ogni qual volta l'arco frontale si rilascia completamente i metatarsi centrali possono essere colpiti da periostite e le articolazioni metatarso-falangee da artrite deformante; sulla pelle si forma una larga callosità e sotto di essa una borsa suscettibile di infezione. Per ovvie ragioni tutte o anche una sola di queste alterazioni possono provocare notevoli sofferenze.

La diagnosi è facile. L'appiattimento dell'arco trasverso può essere rilevato da uno sguardo alla suola delle scarpe, che appaiano logorate dal centro fino all'estremità, a meno che il dolore non impedisca al soggetto di camminare.

La depressione di un solo osso è più comune di quella di tutti; tra i metatarsi centrali, per lo più soffre il terzo o il quarto; ma il risultato è sempre lo stesso, perchè in ogni caso lo stiramento dei legamenti provoca dolore.

In un certo numero di casi la metatarsalgia si ha senza apprezzabili alterazioni dell'arco del piede. Il dolore può essere dovuto a periostite cronica della testa del primo metatarso con valgismo dell'alluce, a esostosi ed a processi periarticolari, a fibromi della fascia plantare.

Talvolta la metatarsalgia può essere in rapporto con frattura del secondo e terzo metatarso, una lesione non rara (nell'esercito tedesco si è verificato nel 2.25 % dei soldati), che si può produrre in seguito a lunghe marcie su vie cattive, irregolari, sassose. I sintomi principali sono: dolenzia alla pressione diretta, alla trazione delle dita, edema pastoso del dorso del piede, raramente ecchimosi; non c'è abnorme mobilità della parte, nè crepitazione perchè i metatarsi sono solidamente assicurati dai muscoli e dai legamenti. Spesso la frattura è solo sottoperiostea e non accompagnata da spostamento dei frammenti. Da ciò la difficoltà della diagnosi, che spesso è possibile solo con l'esame radiologico.

***

La forma più tipica di metatarsalgia è quella che va sotto il nome di malattia di Morton. Essa è costituita da un'affezione dolorosa dell'avampiede e precisamente della quarta articolazione metatarso-falangea.

Il dolore intensissimo si manifesta improvvisamente in corrispondenza della regione del quarto metatarso. Di solito compare senza alcuna causa occasionale, talvolta in seguito ad un piccolo trauma, ad un urto leggero, ad una lunga passeggiata con scarpe strette. Qualche paziente la prima volta avverte una sensazione di scatto nel quarto dito. Gli accessi dolorosi successivi sono facilmente provocati da una breve passeggiata, da un leggero esercizio ginnastico, dal ballo.

Il dolore è così intenso che il paziente non ha ritegno di levarsi le scarpe dovunque ed in qualunque compagnia si trovi e cerca di calmarlo fregandosi e muovendo il piede in tutti i sensi. Il dolore è a carattere nevralgico e si irradia dal quarto dito su per la gamba. Può essere provocato premendo leggermente fra il pollice e l'indice la testa del quarto metatarso oppure esercitando una pressione ai lati del piede a livello delle articolazioni metatarso-falangee. Quando il piede è sforzato in posizione di flessione plantare il dolore cessa perchè l'arco trasverso è parzialmente ricostruito.

L'aspetto del piede può essere normale, ma di solito la testa del quarto metatarso protunde sotto la pianta del piede e corrispondentemente la cute è più o meno inspessita.

Il dolore è dovuto alla compressione ed allo stiramento dei tronchi nervosi dovuto alle modificazioni che si verificano nello scheletro osseo del piede in relazione dell'appiattimento della volta metatarsica. Secondo Morton l'affezione è dovuta essenzialmente alla depressione del quarto metatarso che essendo un cm. più lungo del quinto preme con la sua testa sulla base della prima falange del piccolo dito quando il piede è premuto lateralmente, con la consecutiva compressione dei nervi interdigitali del quarto e quinto dito e di un ramo comunicante tra il nervo plantare esterno ed interno.

Il piede di Morton è generalmente dovuto all'uso di scarpe strette e con tacchi alti. Si verifica per lo più in individui di età superiore ai trenta anni ed è quasi una esclusività del sesso femminile, che così paga il tributo alla sua vanità.

Dato il carattere parossistico dell'affezione è spesso scambiata con la gotta. Può essere anche confusa con un piede piatto incipiente benchè manchi il valgismo.

I principî del trattamento sono i medesimi tanto se è depresso tutto l'arco metatarsico, quanto se è abbassato un osso solo.

L'ipercorrezione della deformità, la fissazione della correzione in apparecchi immobilizzanti (il più semplice è quello costituito dall'applicazione di una striscia di cerotto attorno all'avampiede in posizione corretta), la ricostituzione muscolare, l'uso di calzature adatte dànno in genere buoni risultati.

Nei casi resistenti ad ogni cura è necessario ricorrere alla resezione della testa del quarto metatarso.

* * *

Le calconodinie possono avere cause varie.

Nel piede piatto si può avere un dolore nella parte mediana più bassa del calcagno in conseguenza della pressione esercitata sul detto osso in seguito alla posizione forzata di pronazione.

Le calconodinie possono essere provocate da processi infiammatorî della borsa sub-achillea o da quella che frequentemente si trova sotto la pelle dorsalmente al tendine di Achille. Queste borsiti possono essere determinate dalla pressione continua, dallo sfregamento, da traumi, da infezioni acute e croniche. Non sono rare la borsite gonococcica e la postinfluenzale. Talvolta il processo si diffonde ai tessuti vicini e sopra tutto al periostio del calcagno.

Il trattamento deve essere conservativo fin quando è possibile. Giovano il riposo a letto, le compresse calde, le applicazioni di tintura di iodio. Nei casi persistenti occorre praticare la incisione laterale della borsa.

La infiammazione cronica del tessuto connettivo, la cellulite, può essere causa di dolore localizzato sotto il tallone. Deprès ha posto in rilievo le conseguenze della contusione cronica del tessuto sottocutaneo del calcagno nelle persone che stanno a lungo in piedi, alle quali egli ha perciò dato il nome di *maladies des sergents de ville*. Si tratta di un'affezione prodotta dall'indurimento fibroso del cellulare della parte posteriore della pianta del piede.

La calconodinia può essere determinata da sporgenze ossee, esostosi del calcagno (di cui le due più frequenti sono quelle in corrispondenza del punto di inserzione del tendine di Achille e della parte media della grande tuberosità del calcagno), oppure da tendomiosite ossificante della pianta e dello stesso tendine di Achille.

Questo ultimo può essere la sede di processi morbosi molto dolorosi.

Il tendine di Achille non è avvolto da una guaina sinoviale, ma è ricoperto tutto all'intorno dalla fascia superficiale della gamba, che a livello del tendine stesso si divide in due foglietti, uno superficiale e l'altro profondo. Tra la fascia ed il tendine si trova una sottile maglia di connettivo che può infiammarsi. Questa peritendinite può dipendere da diffusione di processi infiammatorî vicini, oppure essere direttamente prodotta da sfregamento, traumi, infezioni. Vi sono soggetti sopratutto i ballerini. In conseguenza di uno sforzo eccessivo o prolungato del tendine si hanno emorragie nel delicato tessuto peritendineo. Quando lo sforzo è stato tale da provocare la lacerazione del tendine al disopra del calcagno si trova un piccolo nodulo dolente, che può persistere indefinitamente e costituire il punto di partenza di una tendinite ossificante.

In qualche caso il dolore e la infiltrazione del tallone dipendono da distacco del processo posteriore dell'astragalo in conseguenza di esagerata flessione plantare del piede o in conseguenza di caduta sulla parte posteriore della pianta del piede. Questa frattura non è rarissima, ma è di difficile diagnosi: anche l'esame radiologico non è dimostrativo, perchè il piccolo frammento può essere confuso con il *trigonum tarsi*, una delle ossa accessorie del piede. Di solito si ha gonfiore dietro il malleolo esterno ed al dorso del piede, dolorabilità del calcagno e del tendine di Achille. Tutti i movimenti del piede, particolarmente quelli di rotazione, sono limitati e dolorosi.

Da quanto si è detto risulta che le affezioni dolorose dei piedi possono dipendere da processi varî e variamente localizzati. Non è dubbio però che la causa più frequente è il piede piatto. Questa condizione mentre è di per sè stessa dolorosa è frequentemente causa di altri processi pure essi dolorosi. L'opera del medico deve essere quindi specialmente indirizzata alla prevenzione di questa deformità, prevenzione che non può utilmente farsi se non con la diffusione dei concetti sul danno derivante dall'uso di calzature inadatte.

G. DRAGOTTI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Antichi medici italiani in Francia.

I medici italiani che nel medio evo e dopo si recarono in Francia, per esercitare la loro professione, furono molti. Ne attingiamo notizie dalla *Revue hebdomadaire* del 1912, da *La Nuova Antologia* del 1913, ecc. — Essi trovarono le più liete ed entusiastiche accoglienze, grazie alla loro facondia e abilità di parlatori, alla sicurezza della loro scienza — attinta in iscuole allora famose nel mondo — e grazie anche al loro possesso di misteriose ricette, imparate mercè le relazioni coi saraceni e con l'Oriente.

I primi medici italiani che si recarono in Francia uscivano dalla scuola di Salerno, che, nel medio evo, era una delle più celebri. Essi oltre che medici erano anche astrologi, perchè avendo, in fatto di medicina, cognizioni incerte e limitatissime, cercavano, scrutando il cielo, di attingere luce dalle stelle intorno alla natura di varie malattie. E, infatti, si dice che Leone da Salerno, il quale fu chiamato presso il re Lotario, diagnosticò il male dal quale costui era affetto, studiando una cometa che appariva proprio in quei giorni; e dicesi anche che Giacomo da Bologna — che era « *dottore a Parigi e astrologo sovrano* » — scrutando gli astri, predisse esattamente la pestilenza che *colpì la parte occidentale della Lorena.* Egli non seppe però trovarvi un rimedio; e, nondimeno, al pari di Leone da Salerno, fu stimato per medico abilissimo.

Più tardi, avendo perduta la sua fama la scuola salernitana e salendo a grande onore la scuola sienese, furono i medici di Siena che ebbero molto credito in Francia; ma anche costoro studiavano i mali e ne ricercavano la prognosi scrutando gli astri; e questo metodo rimase immutato fino al tempo di Aldebrandino o, come lo chiamavano in Francia, Aldebrandin, col quale la medicina cominciò un poco a distinguersi dalla stregoneria. Non si sa bene se egli fosse sienese o fiorentino. A lui si deve il primo libro di medicina scritto in francese da un italiano. Tale libro era un trattato di igiene pratica, che egli compose cedendo alle preghiere di Beatrice di Savoia, contessa di Provenza, che lo aveva chiamato presso di sè. Egli dovette senza dubbio a quel libro parte della sua fama e della sua fortuna, perchè la regina di Francia, che lo lesse e lo ammirò, volle l'Aldebrandino a Parigi, per affidare a lui la salute del re S. Luigi.

Morto Aldebrandino il re di Francia — che era stato conquiso dalla virtù della medicina italiana, grazie al continuo contatto che aveva avuto con l'Aldebrandino — chiamò presso di sè Guglielmo da Cremona e Nicola da Calvopetro, il quale era « *moult bien expérimenté en la science des étoilles* » e scrisse il libro: *Signata Signorum.*

Circa trent'anni dopo giunse a Parigi Lanfranco da Milano, discepolo del celebre medico Guglielmo di Saliceti. Coi suoi modi e con la sua scienza egli aveva già conquistata la cattedra nell'Università di Milano, ma essendosi egli mischiato nella politica e avendo combattuto Matteo Visconti fu da questi esiliato. Visse allora miseramente, ramingo di città in città, finchè, per buona fortuna, capitò a Parigi, dove, essendo già conosciuto, fu accolto — com'egli stesso più tardi confessava — con onori dei quali egli non meritava nemmeno la centesima parte. Codesta confessione potrebbe far credere ch'egli fosse modesto, eppure non era così; e di ciò ne è prova questo giudizio che egli dava dei suoi colleghi parigini « *quasi idioti, che sapevano appena la loro lingua e così ignoranti che difficilmente si troverebbe fra loro un chirurgo razionale* ». Per dimostrare la sua superiorità, il Lanfranco compose un trattato di chirurgia, opera notevolissima, che ottenne molto successo, che fu stampata e tradotta in più lingue ed ebbe molte edizioni. Forse per dare al suo trattato un'apparenza araba egli invece di chiamarsi col suo nome, si chiamò *Alafrant.*

La fortuna incontrata da Lanfranco attirò a Parigi medici di tutte le parti d'Italia: Taddeo vi andò da Bologna, Lodovico da Reggio, Ugo da Lucca, Nicola da Firenze, Augusto da Verona, Ruggero da Salerno, Silvestro da Pistoia, Valesco da Taranto, Lodovico da Pisa, Bruno dalla Calabria, Armando da Cremona.

I quali invece di amarsi e stimarsi reciprocamente e di andare innanzi d'amore e d'accordo, presto cominciarono a rodersi di gelosia, tanto che ognuno sosteneva che il metodo seguito dagli altri non era *ni la dogmatique ni la rationnelle que les Grecs avaient enseignée,* senza delle quali cose non si potevano ottenere guarigioni.

Non mancarono dissidi per tali gelosie; e tali dissidi furono calmati dal medico particolare di San Luigi, il Pitard, il quale suggerì al re di istituire un'associazione medica che stabilisse i principii della vera dottrina e l'imponesse a tutti. Da ciò ebbe origine il Collegio dei chirurghi o Confraternita di San Cosma.

Ad onta di tutto ciò le pratiche magiche non esularono ancora dalla medicina; anzi Pietro d'Albano o d'Abano presso Padova — che era stato a Costantinopoli a studiare la medicina araba e greca, e che in quel tempo era andato a Parigi, dove ebbe il titolo di dottore di medicina e di filosofia, — volle dimostrare, con uno scritto, rimasto inedito, che l'astrologia e la magia erano indispensabili alla medicina. Ed egli stesso più che opera di medico fece opera di cabalista, per la quale ben presto acquistò fama di medico incomparabile. Ed egli si servì di tale fama per farsi pagare, con compensi considerati anche oggi di gran lusso. Dai privati, che lo consultavano, esigeva 50 scudi per visita; e dal papa Onorio IV, che lo chiamò a Roma, volle 400 ducati al giorno. Questo fu la sua rovina, perchè egli destò intorno a sè delle gelosie, per le quali fu denunziato, il 1312, al Tribunale dell'Inquisizione, come uno stregone affiliato al diavolo, da cui aveva ricevuto la famosa pietra filosofale. Egli morì — non si sa bene se di morte naturale o suicidato — e il suo cadavere fu sottratto agli inquisitori da un amico, che gli dette sepoltura; e così egli potette sfuggire dalle mani del carnefice. Fu bruciato in effigie.

In quel tempo si curavano gli alienati, praticando nel loro cranio dei buchi, per farvi uscire la pazzia; e un italiano, Ruggiero da Parma, ebbe il gran merito di divulgare in Francia i metodi di cura del medico Albukasis i quali condannavano quelle pratiche abbominevoli e crudeli.

***

Nel secolo seguente, Guido da Vigevano fu medico della regina Giovanna di Borgogna, moglie di Filippo IV. Essa lo incaricava *d'affaires médicales*, e lo mandava in missioni; ma Guido per condividere la gloria di quelli che allora andavano in Terrasanta, compose un libro nel quale espose, con grande sfoggio di miniature, le sue teorie sulla tattica e sulla poliorcetica; e siccome il libro era destinato ai combattenti volle che fosse preceduto — a modo di introduzione — da un *trattato militare di consigli d'igiene*. Tale trattato era diviso in otto capitoli, rispettivamente dedicati: 1) al mangiare e al bere; 2) al sonno e alla veglia; 3) al moto e al riposo; 4) all'evacuazione e alla replezione; 5) alle occupazioni (in questo capitolo si insegna che per ben digerire non bisogna parlar molto dopo il pasto e che giova udire lieti discorsi e raccontare facezie); 6) all'aria; 7) alla vista, all'udito, ai denti, alla memoria; 8) ai veleni.

In quell'epoca si recò a Parigi Torrigiano, fiorentino, il quale insegnò all'Università e scrisse un commentario di Galeno; e siccome egli in quel commentario espresse idee personali e nuove, ebbe il titolo di *plus que commentateur.*

Allora gli italiani erano ancora, al paragone degli stranieri, grandi scrittori di materie di medicina; e di essi, quelli che non espatriavano erano maestri agli stranieri che in Italia venivano per completarvi i loro studi.

Al secolo XIV, il padre della celebre Cristina di Pisan, Tommaso, medico e professore a Venezia, e uomo tenuto in così alta stima che fu chiamato a far parte del Consiglio della Repubblica, era uno dei più noti astrologi e fu chiamato, contemporaneamente, dal re di Francia e da quello d'Ungheria. Ma egli, che conosceva la generosità di Carlo V e lo splendore della Sorbona, andò a Parigi; e, credendo di doversi ivi trattenere un anno, lasciò Bologna, sua patria, la moglie e la figlia. Ma egli ebbe tali e tanti favori dal re, che si decise a restarvi sempre. Aveva 100 lire al mese e gli fu promesso un terreno che gli avrebbe reso 500 lire all'anno. La moglie lo raggiunse nel 1368; ebbe un'accoglienza da sovrana e fu presentata subito alla Corte.

Tommaso acquistò in breve tempo grande popolarità non solo perchè medico di valore ma anche perchè, al suo tempo, l'astrologia era in grande onore in Francia, tanto che lo stesso re Carlo V vi credeva ciecamente. Quando il re ammalò, Tommaso intuì subito che doveva morire, perchè « *tout ainsi comme avant la mort du preux Alexandre mourut son bon cheval Bucifal, presage de la brief vie di son maître* » del pari, essendo morto il fedele servo del re, Bertrand Duguesclin, anche il padrone doveva morire fra poco. E così fu. Ma il povero Tommaso provò tale cordoglio che poco dopo morì anche lui, proprio nell'ora da lui stesso pronosticata da qualche tempo; cosa che forse gli fu di estrema consolazione. La famiglia si trovò presto nella miseria e la figlia dovette scrivere per vivere: pare che essa sia stata la prima letterata che abbia vissuto col lavoro del suo ingegno.

Valesco da Taranto, che aveva insegnato a Montpellier verso il 1382, fu uno dei medici di Carlo VI. Egli scrisse, dopo 36 anni di pratica, un'opera di medicina, nella quale parlava di tutte le malattie allora note, ne spiegava le

cause e ne indicava la cura. Egli scrisse inoltre un'opera sulla peste e le epidemie in genere.

***

Come il primo libro di medicina, scritto in francese, si dovette a un italiano, anche la descrizione della prima operazione, scritta in francese, fu eseguita da un italiano nell'ottobre del 1407, e propriamente da Angelo di Acquila, il quale volle chiamarsi *Physicorum minimus*. Egli aveva anatomizzato il cadavere del vescovo di Arras, Jean Canard, morto il 7 ottobre; ma la pubblicazione di tale operazione egli la fece 8 anni dopo, parendogli prima che la conoscenza della operazione da lui eseguita potesse essere considerata come un sacrilegio. Perchè in quel tempo era riputato *inhonestum* operar con le mani.

Fra gli altri medici italiani, che in questo secolo esercitarono in Francia, meritano di essere ricordati Goloshus Marthuis e Angelo Cato.

***

I medici per conoscere le malattie non scrutavano solo le stelle, ma studiavano anche le linee delle mani dei loro clienti. Bartolomeo Coclite della Rocca, verso il 1500, dimostrò, con un libro, *l'utilità della chiromanzia.... utile e necessaria a tutti quelli che vogliano esercitare l'arte della chirurgia e della medicina.* Questo libro ebbe un grandissimo successo e fu tradotto dal latino in francese e in italiano.

Il 1654 arrivò in Francia Leonardo Botalli, da Asti. Egli fu medico di Carlo IX, del duca d'Alençon e poi del re Enrico III. Ci ha lasciato nove opere di medicina, fra le quali un trattato dei reciproci doveri dei medici e degli ammalati. In tale trattato egli consiglia specialmente ai medici di essere gentili con gli ammalati, di non visitarli dopo aver bevuto troppo, di non usare parole che possono scoraggiare, di non chiacchierare e di non consigliare nulla senza aver prima ben riflettuto. Raccomanda poscia agli ammalati di non dare ascolto agli ignoranti e agli inesperti di medicina, come pure di stare in guardia contro l'autosuggestione prodotta sia dalla paura, sia dal desiderio di ingannare il medico. Si sa che il Botalli era ardentissimo fautore del salasso.

***

Nel secolo decimosettimo i medici italiani recatisi in Francia furono moltissimi. Il Bernier, che visse al tempo di Luigi XIV, dice che erano più di 200 quelli *che avevano servito i tre ultimi re, i principi di sangue, i grandi ufficiali della corona.... e quasi tutta Parigi.*

San Marco in Lamis (Foggia).

Dott. I. DI PACE.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Percussione delimitativa ed ispezione per stabilire il volume e i limiti del cuore.

(C. F. HOOVER. *The Journ. of Am. Med. Assoc.*, dicembre 1920).

Distinguiamo sul torace la percussione delimitativa, avente lo scopo di fissare i limiti di corpi non risuonanti in esso contenuti, dalla percussione sonora che si propone il rilievo delle differenze di suono delle parti risonanti. È della prima che ci serviamo nello studio del cuore.

Storia. — Corvisart, Piorry, Skoda, Wintrich affermarono che il dito che sente è precisamente come l'orecchio che ascolta: ma nei loro scritti essi non differenziarono la percussione sonora o percussoria dalla percussione delimitativa o palpatoria. Fu l'Auenbrugger che nel 1763 col suo « Inventum novum » stabilì i principî di una vera arte della percussione: egli percoteva dolcemente con la superficie palmare delle dita, riunite e tese, direttamente sul torace, e, per evitare l'urto della mano nuda sulla pelle nuda, adoperava un guanto non lucido, ovvero tratteneva la camicia sul paziente. Lo Chevalier, discepolo di Piorry, che nel 1828 introdusse la percussione mediata, criticava l'Auenbrugger e il Corvisart perchè i pazienti sentivano fastidio dal loro metodo, perchè in esso si raccoglievano solo percezioni sonore e non percezioni tattili, e perchè un'area troppo estesa veniva messa in vibrazione per poter scoprire la vera tonalità di un organo sottostante. Era come un voler incidere una linea delicatissima di profilo con uno strumento spuntato.

Questa accusa, però, può esser rivolta allo stesso Chevalier, perchè è ancor troppa l'area che si fa vibrare col suo plessimetro, volendolo adottare per una percussione delimitativa. Esso sta bene in una percussione sonora, in cui specialmente l'hanno con successo adoperato lo Skoda, il Wintrich, il Williams.

Metodo. — Chi volesse delimitare i margini del cuore, dovrebe impiegare l'area plessimetrica più piccola possibile ed insieme essere capace di attraversare la sonorità polmonare che s'interpone fra il cuore e la parete toracica, raggiungendo la resistenza cardiaca. La percussione diretta o immediata è la più adatta. Il colpo vien dato dalla superficie palmare dell'ultima falange del dito medio o dell'anulare, tenuto teso. Occorre battere con fermezza la parte, come se si cercasse di attraversare la linguetta di polmone interponentesi. Non si

deve operare come nel suonare la tastiera di un pianoforte, in cui il dito batte in modo da rinculare rapidamente: precisamente il contrario, facendo in modo da eliminare il più possibile che la parete toracica partecipi alla funzione di plessimetro. Se le dita invece di essere tese sono flesse, il senso muscolare, che percepisce la resistenza, è attutito. Si va da sinistra a destra, per il bordo sinistro del cuore. Come si arriva dall'area polmonare libera a quella che copre il margine cardiaco si avverte aumento di resistenza, aumento di altezza e minor durata del suono. Si avverta di tenere le parti molli stirate e ferme sul luogo di percussione, perchè i tessuti molli tra parete toracica e dito percussore tendono a falsare i risultati. La posizione seduta è la più adatta, mentre la posizione supina, allontanando il cuore dalla parete toracica, dà un'aia di ottusità molto inferiore alla reale, spesso fin di tre dita per ogni lato.

Il bordo sinistro del cuore si limita dal terzo spazio intercostale in giù.

Il bordo superiore lo si ricerca dal secondo spazio intercostale al margine superiore della quarta costa.

Il bordo destro è difficile a limitare, e ciò costituisce un saggio di abilità del medico. I trattati vi scivolano sopra. Spesso lo si arguisce al bordo destro dello sterno, se il cuore è normale. Ma volendolo stabilire obbiettivamente anzitutto bisogna eliminare il plessimetro, che mette in vibrazione un'area considerevole di polmone circostante; quindi eliminare anche il dito-plessimetro, sia perchè esso fermamente applicato com'è sulla parete toracica ottunde la sua sensibilità, sia perchè il dito che su vi percuote trova un ostacolo di più alla percezione della resistenza che vuol valutare. Si deve percuotere in ciascuno spazio intercostale successivamente dal secondo al quinto, cominciando sulla linea emiclavicolare e terminando allo sterno. La resistenza sullo sterno viene percepita da un punto che corrisponde al terzo spazio intercostale: la si confermerà percuotendo sullo sterno dal manubrio in giù, lungo la sua metà destra. L'ingrandimento dell'aia di ottusità cardiaca oltre la marginale destra dello sterno indica dilatazione dell'orecchietta destra, chè il solco atrioventricolare del cuore destro virtualmente coincide col margine destro dello sterno. L'ipertrofia o la dilatazione del ventricolo destro non ne sposta la base a destra dello sterno, ma si esplica verso sinistra orizzontalmente e verso l'avanti. Se il seno destro è ingrandito si trova un'area di ottusità semilunare sporgente dal margine dello sterno col suo massimo d'estensione nel quarto spazio intercostale, il che sarebbe confermato mercè la percussione dall'alto in basso lungo una linea longitudinale che passa attraverso il bordo destro dell'ottusità auricolare nel quarto interspazio. Su questa linea il terzo ed il quinto interspazio mostreranno maggiore risonanza e minore resistenza, che il quarto interspazio. Questo metodo conferma l'angolo acuto cardioepatico delle dilatazioni cardiache che il Roach di Boston descrisse nel 1878.

Il bordo inferiore ha per suo indice il fegato, il cui spostamento in basso è finora l'unico segno per riconoscere un ingrossamento con spostamento in giù del cuore. Questo segno è però solo dimostrabile nei casi d'ipertrofia cardiaca grave. Orbene, noi possiamo apprezzare l'appianamento della porzione subcardiaca del diaframma in tutta la sua estensione, e paragonare questa alle altre due porzioni della cupola diaframmatica, le due subpolmonari. Negl'individui sani il margine costale libero delle due arcate costali, dall'angolo costovertebrale all'epigastrio, in tutta la sua estensione si muove simmetricamente all'infuori. Negl'individui invece, nei quali per ipertrofia cardiaca la corrispondente porzione diaframmatica è abbassata, mentre quella parte del margine costale che va dall'ottava costola in fuori continua a muoversi verso il di fuori, la parte del margine costale che va dall'ottava costola in sopra si muove verso il davanti. Negl'individui poi, nei quali per enfisema polmonare le parti laterali diaframmatiche sono abbassate, la parte esterna del margine costale in luogo di muoversi verso il di fuori, si muove verso il davanti. Sicchè nei casi d'ipertrofia cardiaca che non è arrivata al punto di spostare l'ala epatica, la sostituzione del movimento postero-anteriore al movimento centro-laterale della metà superiore del margine costale sinistro o di ambedue i margini costali sarà il segno clinico migliore dell'appianamento del diaframma subcardiaco e quindi dello spostamento in basso del margine inferiore del cuore.

Questo segno va notato nel decubito orizzontale, e col suo rilievo si ha subito, in un colpo d'occhio, un'idea dello stato del cuore e dello stato dei polmoni. La sua ragione di essere sta nel fatto che il margine costale normalmente è sotto il controllo dei muscoli intercostali e dei fasci muscolari del diaframma: il suo movimento normale è la risultante di queste due leve. Allorquando la cupola diaframmatica in una delle sezioni in cui si divide risulta abbassata, i fasci muscolari corrispondenti restano più agevolati nella loro azione, rinforzano la loro attività, e allora, prendendo il sopravvento sui muscoli intercostali, oscu-

rano l'azione dilatatrice toracica da dentro in fuori, caratteristica di questi, e accentuano l'azione dilatatrice del torace da dietro in avanti, caratteristica di essi.

È bene che, per rilevare questo sintoma il paziente non respiri forzatamente, ma in stato di rilasciamento compia automaticamente la sua respirazione: in tal modo egli, iperattivando volontariamente l'uno o l'altro gruppo muscolare, non maschererà il fenomeno, la cui essenza è tutta in un disturbo d'equilibrio fra il diaframma e i muscoli intercostali per disputarsi il controllo del margine intercostale.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Sulla frequenza, diagnosi e trattamento della pancreatite cronica.

(JAMES H. NICOLL. *Brit. Med. Journal*, 15 novembre 1919).

Al tripode patologico che ha dominato fino a poco tempo fa la patologia addominale con i piedi impiantati nell'appendice, nell'apparecchio biliare, e nel tratto gastro-duodenale, si è andata gradualmente sostituendo una figura quadrupedale: la pancreatite va sempre più richiamando attenzione.

Clinicamente essa si presenta con due tipi assai differenti: l'acuta e la cronica. La pancreatite *acuta* (necrotica, emorragica e suppurativa) è raramente sospettata, e costituisce per lo più un reperto di autopsia o una sorpresa chirurgica (e pur troppo quasi sempre con esito disastroso).

La *pancreatite cronica* (catarrale e, poi, cirrotica) può invece presentare dei segni diagnostici suggestivi. Invero questi mancano spesso nelle forme precoci, che mentiscono facilmente altre affezioni addominali, al punto da indurre all'intervento; e l'errore, nel caso di gastroenterostomia, è disgraziato, perchè questa, innocua in alcuni casi, può aggravare i disturbi in altri e, comunque, risulta in una disillusione in tutti. Nel caso dell'apparato biliare, l'errore può essere in definitiva nocivo od utile: se in una supposta colecistite, e che invece è una pancreatite, ovvero in una pancreatite che complichi una colecistite, la cistifellea è solo parzialmente rimossa e il cistico drenato, il paziente può beneficarne; ma se si fa invece una colecistectomia completa con chiusura del dotto, ogni probabilità di un trattamento chirurgico della pancreatite, è, almeno temporaneamente, perduta. Dovrebbe essere regola invariabile di non rimuovere l'intiera cistifellea senza drenaggio dei dotti, se prima non ci si sia accertati che manchi una pancreatite.

Diagnosi della pancreatite cronica. — È più frequente che non si creda comunemente. Può complicare affezioni del duodeno, dell'apparecchio biliare e dell'appendice, ovvero esistere da sola. La sua diagnosi è quasi sempre difficile, spesso impossibile senza una biopsia: anche quando il chirurgo in una laparatomia esplorativa palpa l'organo fra le sue dita, può rimanere un'incertezza. Durante gli ultimi 11 mesi l'A. ha operato 7 casi di supposta ulcera gastrica, ulcera duodenale o colecistite, in cui queste lesioni mancavano e in cui il microscopio rivelò la presenza di una pancreatite che precedentemente non era stata suggerita da alcun sintomo.

Nella diagnosi possono essere utili i seguenti punti:

Glicosuria (isolotti di Langerhaus colpiti?); sintomo caratteristico ma disgraziatamente raro.

Feci abbondanti, pallide, grasse: sintomo anch'esso suggestivo, ma raro.

Grassi e acidi grassi in eccesso alla dimostrazione microscopica nelle feci: segno non definito se non nei casi avanzati: molto dipende dalla dieta.

L'*ittero* non è raro: devierà l'attenzione probabilmente verso l'apparecchio biliare, ma costituendo un'indicazione all'operazione, quest'ultima può far scoprire la pancreatite.

La *prova di Schmidt* per i nuclei dei tessuti non digeriti nelle feci; e la *prova di Wohlgemuth* per i fermenti diastatici nelle feci: possono essere di un certo valore, ma la loro attendibilità resta ancora da provarsi nelle forme precoci e in quelle leggere che sono appunto quelle che mentiscono altre affezioni addominali.

« *Necrosi grassosa* ». — La scoperta, durante una laparatomia esplorativa, delle placche caratteristiche sul pancreas, sul peritoneo e su altri tessuti addominali, porta subito alla diagnosi di malattia pancreatica. Disgraziatamente, questo segno patognomonico è raramente presente, eccetto in casi in cui l'efflusso della secrezione pancreatica sia ostruito.

Palpazione del pancreas. — Può rivelare una cirrosi così dura da simulare un carcinoma, come è occorso recentemente all'A. in un caso. Altre volte la palpazione rivela dei contorni molli e una consistenza tale da far pensare alla pancreatite catarrale. Ma in molti casi la palpazione sembra normale e l'esame microscopico rivela invece l'esistenza di una pancreatite.

Resezione di un piccolo tratto della ghiandola per l'esame microscopico. — È divenuta una pratica quasi abituale per l'A. ogni volta che esista un dubbio sulla causa effettiva dei

sintomi addominali presenti: i risultati lo hanno convinto che la pancreatite cronica è una malattia comune, mentre la sua diagnosi con altri mezzi è non raramente impossibile. D'altra parte, mancando di diagnosticarla, sia che sussista sola, sia che complichi altre malattie, si può andare incontro a varie disgrazie: questa mancanza può portare il chirurgo durante un'esplorazione addominale a non far nulla, può indurlo a un'operazione insufficiente, può fargli eseguire un intervento completamente erroneo. Inoltre, si priva il medico nel decorso ulteriore del caso, di una cognizione precisa, che può essere base di un trattamento medicinale e dietetico. Finalmente si toglie al paziente il conforto morale di sapere che, sebbene la sua convalescenza possa esser lunga, il suo caso è chiaro e guaribile.

Il pancreas può essere raggiunto per l'esplorazione per la via gastro-epatica, gastro-colica o trans-mesocolica; la seconda è di solito la più utile. La piccola soluzione di continuo, dopo l'escissione del frammento per l'esame microscopico, è suturata con aghi intestinali e la sutura ricoperta con un tratto di omento: chiusura accurata, questa, che previene ogni emorragia, nonchè il versamento nel peritoneo della secrezione ghiandolare, che è non solo infettante, ma spesso capace di effetti necrotici.

Trattamento della pancreatite cronica. — La pancreatite, costituendo, come si è detto, una delle branche della quadruplice sindrone addominale, è essenziale tener presente e curare eventualmente l'apparato biliare, la zona gastro-duodenale e l'appendice. Per sè, la pancreatite, o che esista da sola o che complichi un'altra affezione, costituisce un disturbo persistente che esige gli sforzi combinati del chirurgo e del medico: al primo compete in molti casi la diagnosi definitiva per mezzo della biopsia, e l'inizio del trattamento per mezzo del drenaggio della ghiandola infiammata; al secondo, rimane la direzione del trattamento successivo sulla base dietetica e medicinale, il quale è assai facilitato dal precedente intervento del chirurgo. SEBASTIANI.

MEDICINA.

Asma e sclerosi polmonare.

(F. BESANÇON e S. I. DE JONG. *Presse Médicale*, 1921).

Gli AA. lamentano che gli studi, anche quelli più moderni di Vidal, Abrami, Brissaud, riguardanti le manifestazioni anafilattiche, sulla patogenesi dell'asma sono rivolti solo allo studio del meccanismo della crisi. Gli autori hanno cercato di studiare la questione riguardo al terreno organico sul quale si produce la crisi asmatica, specie tenendo conto dell'apparato respiratorio, e di studiare più accuratamente un periodo tardivo della malattia.

Da diverse osservazioni di casi clinici hanno potuto rilevare come gli accessi asmatici siano sopravvenuti a malattie dell'apparato respiratorio che lasciavano all'apparato stesso un certo grado di sclerosi. Così pure l'insorgenza di crisi asmatiche, in seguito a traumi dell'apparato respiratorio, viene da essi interpretata a differenza di Loeper, Cordier, che ritengono tali crisi derivanti da una irritazione traumatica del vago, come derivante dalla sclerosi polmonare da detti traumi prodotta, sufficiente anche se piccola e non rilevabile, a costituire una spina irritativa nel polmone. Per questo medesimo meccanismo si vede quanto la tubercolosi sia frequente negli asmatici. La tubercolosi infatti è fra le malattie, quella che rappresenta il fattore eziologico più comune delle sclerosi polmonari. E non devesi ritenere, come Landouzy afferma, la tubercolinemia causa provocatrice degli accessi asmatici, ma bensì la sclerosi polmonare da essa derivante: tanto è vero che troviamo tali accessi nelle forme fibrose e non in quelle caseose. Unitamente alla tubercolosi, ai gas asfissianti, alle polmoniti, alle infezioni pneumococciche in genere dobbiamo mettere anche la sifilide come causa di sclerosi polmonare.

Gli AA. quindi ritengono che la sclerosi polmonare abbia una funzione notevole nella storia dell'asma.

Ma detta sclerosi, nella storia dell'asma, acquista importanza ben più grande in un periodo tardivo della malattia. Le complicazioni dell'asma, enfisema e bronchite cronica, non sono che complicazioni della sclerosi polmonare. Gli ammalati di sclerosi polmonare durante gli anni presentano delle *poussées* di bronchite infettive, dell'enfisema più o meno esteso, portante con sè un po' di dispnea permanente. Le grandi crisi asmatiche col tempo si attenuano, ma un'altra causa di dispnea appare, e detta causa è data dalle *poussées* bronco-alveolari congestive della sclerosi polmonare con bron-

chite cronica. Così esiste un periodo in cui gli asmatici non sono più degli asmatici puri e non sono ancora dei cardio-renali, periodo che noi possiamo chiamare dell'asma intricato. In detto periodo questi ammalati sono sottomessi a due cause provocatrici di dispnea:

1° Certe intossicazioni, certe cause d'eccitazione nervosa, essendo essi degli emotivi costituzionali provocano ancora in essi attacchi dispnoici che sono la manifestazione del loro asma antico.

2° Come bronchitici cronici, sono soggetti a delle esacerbazioni della loro bronchite e perciò a congestioni bronco-alveolari, a secrezione delle loro glandole bronchiali che aggravano la tosse e la loro dispnea.

Concludendo gli AA. hanno voluto dimostrare come non sia vero che l'asma dia la sclerosi polmonare con enfisema e bronchite cronica, ma che invece un certo grado di sclerosi polmonare cicatriziale o attiva, legata specialmente alla tubercolosi, sia la malattia fondamentale di questi soggetti. Questa sclerosi accompagnata da bronchite cronica e da un certo grado di enfisema in certi individui a reazione nervosa speciale sotto diverse cause tossiche, endogene o esogene, produce delle crisi parossistiche di dispnea respiratoria chiamate crisi d'asma.

La reazione nervosa di questi soggetti a veduta degli AA. si cristallizza, per così dire, sull'apparato respiratorio, a causa della sclerosi polmonare che la fissa sopra questo apparato.

C. F.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

G. FERRERI: *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma.* Anno XVII. — Tip. « Le Massime », 1920.

Se tutti gli Istituti superiori del Regno dessero prova della loro attività scientifica col sistema adottato dal prof. Ferreri, non solo si avrebbero delle collezioni organiche, veramente preziose; ma si avrebbe anche modo di richiamare l'attenzione vigile su quelli che richiedono opera di risanamento, a maggior beneficio degli studiosi.

L'attuale è il XVII volume della Serie e con senso di fine opportunità è dedicato a Leonardo da Vinci, in occasione del IV centenario.

Guida la schiera dei valorosi collaboratori il Ferreri con tre pubblicazioni, la prima d'indole profilattico-sociale, nella quale si mette in evidenza la necessità delle indagini demografiche, oggi completamente, o quasi, neglette in Italia, non che l'utilità indiscutibile di rivolgere l'attenzione non solo all'esito immediato degli interventi operativi, ma anche specialmente a quello funzionale, in rapporto all'attività lavorativa. La seconda tratta dell'etiologia ed anatomia patologica dell'ozena e la terza dello stato attuale della chirurgia dell'orecchio medio.

In ciascuna di esse l'A. profonde i risultati della vasta esperienza e l'acume della sua critica sana ed elevata.

Lavoro singolarmente interessante è quello del prof. Bilancioni su: « L'orecchio e il naso nel sistema antropometrico di Leonardo da Vinci ».

Il Bilancioni, insuperabile studioso della storia della medicina, con amore inesauribile fruga e ricerca in tutti i cimelî dei nostri grandi e spesso ritrova in essi le origini nascoste e frequentemente ignorate di tante scoperte grandiose delle quali, a torto, si gloriano gli stranieri. In questo suo lavoro egli trasporta il lettore per oltre 100 pagine, che si leggono d'un fiato con sommo diletto. Il testo, illustrato di numerose figure, non è di quelli che si possono riassumere facilmente, ma possiamo ben dire che Broca, Topinard e Bertillon trovano in Leonardo un geniale precursore.

Lavori interessanti sono quelli del Leotta, dell'Auriti, del Brunetti, del Torretta, ma l'angustia dello spazio non ci consente di presentarli convenientemente al lettore.

Il rendiconto statistico clinico per l'anno 1919 è opera del prof. De Carli. Apprendiamo da esso che nelle infermerie della Clinica furono ri-

coverati 347 ammalati e che compresi quelli maggiori, eseguiti ambulatoriamente, sono 568 gli atti operativi compiuti, con 4 soli decessi.

T. FERRETTI.

G. PANEGROSSI: *Lezioni di Semeiotica delle malattie nervose ed elettrodiagnostica ad uso degli studenti e dei medici pratici.* — Roma, presso l'Autore (Corso V. E. 51), in fascicoli di 16 pag., ciascuno L. 2.

È una pregevole pubblicazione, in cui il lettore trova riunite tutte quelle nozioni di anatomia, fisiologia, semeiotica e patologia del sistema nervoso nonchè di elettrodiagnostica ed elettroterapia, che ad ogni medico e ad ogni studente sono indispensabili per orientarsi nel campo pratico della neuropatologia.

Il lavoro è redatto in forma chiara, facile ed ordinata. La materia vastissima vi è trattata con opportuna sobrietà e razionale criterio, ed ovunque traspare la nota personale dell'A. fondata su quindici anni d'insegnamento (quale libero docente di neuropatologia) e su di un'assai più lunga carriera professionale, clinica e ospitaliera (il Panegrossi è medico primario apprezzato negli Ospedali di Roma).

Tale pubblicazione è da raccomandarsi sopratutto agli studenti ed a quei medici che, vivendo lontani dai grandi centri, hanno minore possibilità di contatti e di esperienza diretta e quindi più bisogno di pratici consigli.

L'opera consterà di circa trenta fascicoli. Ne sono già usciti i *primi cinque*. Gli altri seguiranno a brevi intervalli.

A. S.

L. PULVERMACHER: *Grundzüge der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten.* — Vienna, Urban e Schwarzenberg, 1920. — Prezzo M. 36.

Un altro ottimo manuale di terapia delle malattie cutanee e venereosifilitiche, originato dalle lezioni pratiche sull'argomento tenute dall'A. e dall'Arndt al Policlinico di Berlino.

Ad una parte generale, che tratta diffusamente la terapia scientifica quale scaturisce dai dettami della fisiopatologia cutanea, seguono le norme curative speciali delle varie dermatosi, distribuite in quell'ordine alfabetico caro agli Autori germanici e, se pure talvolta stridente con le direttive della nosografia clinica, certo acconcio alla frettolosa consultazione del medico pratico.

L'ordine alfabetico è mantenuto per la successiva trattazione delle malattie venereo-sifilitiche, ampia e moderna sì da tornare utile anche allo specialista che non abbia l'opportunità di tenersi al corrente con le ultime novità terapeutiche; ma, nel contempo, giudiziosamente fedele ai metodi antichi (frizioni mercuriali, ioduro, ecc.), cui troppi Autori contemporanei vorrebbero dare l'ostracismo, a favore degli arsenobenzoli ma a scapito degl'infermi.

RUSCA.

ELLIOT R. H.: *Tropical ophtalmology.* Un volume in-8 di 507 pag. con 117 fig. e 7 tavole. — H. Frowde Hodder, V. Stoughton ed. Oxford University Press. — Prezzo scellini 31/6.

L'oftalmologia dei tropici ha caratteristiche tali che la differenziano notevolmente da quella dei climi temperati. La gran luce abbagliante, la polvere, sollevata in nembi dai venti violenti, i numerosi artropodi dalle punture irritanti, i vermi, le larve di mosche, che si annidano negli occhi sono cause di malattie agli occhi, le quali sono peculiari ai paesi caldi al pari di alcune malattie generali, che pure determinano lesioni oculari. Quando si pensi poi alla crassa ignoranza delle popolazioni, alle difficoltà delle comunicazioni, che rende più malagevole il consultare lo specialista, alla grande diffusione dei rimedî empirici, fra cui il sacro sterco di vacca, si comprenderà quanto gravi si facciano le lesioni e quanto diffusa sia la cecità. Si rende quindi necessaria un'assistenza specializzata, basata sulla conoscenza delle cause e delle particolari forme delle malattie oculari. L'esposizione dell'A. è chiara, dimostrativa e non manca qua e là di essere pittoresca; nitide fotografie e belle tavole colorate accompagnano il testo, illustrando anche i particolari delle singole operazioni. Un capitolo è dedicato al metodo operatorio indiano per la cataratta (abbassamento e reclinazione) esercitato ambulatoriamente da empirici girovaghi, che purtroppo spesso ottengono insuccessi per complicazioni settiche specialmente (irite ed iridociclite). Il libro può interessare anche i medici italiani, sia per i servizi coloniali, sia perchè in alcune regioni del nostro paese si trovano in parte le condizioni dei climi caldi.

r. s.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 28 gennaio 1921.

Sulla coltivazione artificiale del virus vaccinico.

Volpino. — Come materiale di semina si è servito della polpa vaccinica glicerinata. Come mezzo culturale di siero umano non riscaldato diluito con parti eguali di acqua versato in quantità di due cmc. su agar a becco di clarino. I tubi così preparati venivano insemenzati con una goccia della polpa vaccinica, e poi sulla parte dell'agar che sovrastava al liquido veniva insemenzato un bacterio non patogeno, ad es., il *B. Subtilis*, o un cocco isolato dall'aria. I tubi venivano tenuti in termostato a 37 gradi col tappo imparaffinato o pure entro a tubi più grandi col pirogallato, in modo da ottenere una parziale anaerobiosi. I trapianti successivi venivano fatti ogni 15-20-30 giorni; finora l'A. ha potuto ottenere fino al decimo passaggio il virus attivo come al primo. Condizione indispensabile è il contemporaneo sviluppo di un saprofita. Però, quando è stato fatto un certo numero di passaggi, si può, filtrando il liquido della cultura attraverso a candela Berckefeld, insemenzarlo su nuovi tubi ed ottenere così una cultura pura senza il saprofita, e cioè una cultura che è sterile per i microrganismi comuni, ma invece è attiva dal lato vaccinico, e da questa sono ancora possibili un paio di trapianti, come pure con essa si può infettare la cornea di coniglio ed ottenerne i prodotti specifici. Le culture dall'A. allestite sono attualmente ancora attive dopo sei mesi.

Esoftalmo pulsante traumatico.

Uffreduzzi. — Riferisce su di un caso di esoftalmo pulsante traumatico, in cui colla legatura della carotide interna destra si ottenne l'immediata scomparsa della pulsazione e del soffio sincrono col battito cardiaco, nonchè di gravissimi dolori e altri disturbi subbiettivi. Anche l'esoftalmo, diminuito notevolmente subito dopo l'intervento, va ora riducendosi progressivamente.

I casi nella letteratura sono numerosi, oltre trecento, ma quelli trattati colla legatura della carotide interna sono pochissimi, non più di sei o sette. L'A. dimostra per quali ragioni la legatura della carotide interna debba considerarsi l'operazione di elezione e in ogni modo da preferire a quella, comunemente usata, della carotide comune.

Variazioni ematocritiche durante il lavoro muscolare.

Viale. — Con ricerche eseguite mediante l'ematocrito di Hedin, l'A. ha constatato che durante il lavoro muscolare la massa corpuscolare del sangue raccolto alla periferia, dapprima si dirada e in seguito, prolungandosi il lavoro, si concentra.

Queste variazioni dipendono per la massima parte dai cangiamenti vasomotorii che si verificano nella circolazione cutanea, in quanto la vasodilatazione, presente all'inizio del lavoro, è causa di diradamento dei corpuscoli, e la vasocostrizione che si ha nella fatica è causa di addensamento. Forse concorre al meccanismo delle variazioni ematocritiche durante il lavoro, oltre ai fatti vasomotorii, dapprima il più copioso afflusso di linfa che l'esercizio muscolare richiama in circolo, e che dirada i corpuscoli senza alterare la composizione fisico-chimica del sangue, e in seguito la perdita di soluzione salina, specialmente per le ghiandole sudoripare, che fa concentrare il sangue.

Paralleli alla concentrazione del sangue vanno il senso di stanchezza e il senso di sete.

Pietro Sisto.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta del 18 febbraio 1921.

Presidenza: Dott. V. Ronchetti, vicepresidente.

L. Monesi. — *Contributo allo studio della genesi del vitreo nei vertebrati* (con dimostrazione di preparati microscopici).

Le cure arsenicali ad alte dosi e la sottrazione abbondante di liquido cefalo-rachidiano in alcune forme organiche del sistema nervoso centrale ed in alcune psicosi.

A. Bassi. — Riferisce di aver trattato secondo la tecnica di Jean Lhermitte e Quesnel, mediante il cacodilato di soda ad alte dosi, delle contratture organiche e forme psichiche e nevrotiche, accompagnando la somministrazione del preparato con evacuazioni abbondanti di liquido cefalo rachidiano, ottenendone notevoli miglioramenti. Discute l'associazione dei due procedimenti di cura e molto dettagliatamente i meccanismi d'azione di ciascuno di essi, concludendo per la necessità di un ricco materiale d'indagine per delimitare un campo terapeutico.

Intorno ad un caso di morbo di Adams-Stokes.

C. Tomaselli. — Riferisce la sintomatologia offerta da un ammalato di M. Adams-Stokes, il quale, pur presentando completa dissociazione atrio-ventricolare dava positiva la prova dell'atropina. Il fatto è spiegato con le note esperienze di Frederich sul vago decorrente nel fascio di Hiss. Il caso fu studiato anche anatomo-patologicamente e l'O. con microfotografie dimostra profonde lesioni del ramo della coronaria destra da cui deriva l'arteriola nutritiva del fascio di Hiss.

C. Vallardi.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 25 febbraio 1921.

Alcune osservazioni personali sul trattamento col radium dei carcinomi cervico-vaginali, e proposte per l'acquisto di radium da porre a disposizione delle cliniche, a scopo terapeutico e sperimentale.

Prof. E. Alfieri. — Riferisce i particolari clinici e pesenta i preparati microscopici di tre casi di sua personale osservazione nei quali con la cura

del Radium si è ottenuto in breve tempo la guarigione del tumore locale.

Per quanto pochi i casi finora seguiti dall'autore, essi sono però così dimostrativi da far profondamente lamentare che i nostri Istituti Clinici siano tuttora sprovvisti del prezioso ed efficace sussidio terapeutico, a lui messo a disposizione dalla generosità e cortesia dei dottori Tonta e Campiglio.

Presenta perciò un ordine del giorno invitante le Autorità accademiche a far pratiche sollecite ed energiche per colmare la grave lacuna.

I presenti unanimi approvano.

Sulla percezione tattile della chiusura dei pizzi valvolari mitralici e suo valore clinico.

Prof. A. Gasbarrini. — Secondo l'O., raramente si riesce a palpare l'urto di chiusura dei pizzi della valvola mitrale; tuttavia, ove per particolari circostanze il rilievo tattile sia possibile, può riuscire di valido aiuto nel far sospettare assai precocemente l'esistenza di una stenosi mitralica, quando essa non siasi ancora resa manifesta con altri segni. A tal riguardo l'O. riferisce un caso di pancardite reumatica, in cui la palpazione dell'urto di chiusura dei pizzi della mitrale permise di diagnosticare che si andava organizzando un vizio di stenosi mitralica, quando era ancora in atto la flogosi pericardica.

Ricerche intorno alla genesi della ascite gelatinosa e intorno alla istogenesi dei tumori primitivi del peritoneo.

Prof. Barinetti Carlo. — L'O. ha avuto in esame ed ha studiato dal punto di vista anatomopatologico e clinico il caso di una donna morta per tumore primitivo del peritoneo, decorso con versamento di liquido gelatinoso nella sierosa. Ritiene che la sostanza filante ed aceto-precipitabile riscontrata nel peritoneo dell'ammalata avuta in istudio, sia, per la sua costituzione chimica, del gruppo dei nucleoproteidi (fosforo 0,7 %, azoto 11 %, zolfo 0,8 %).

Egli crede poi, che tali corpi rappresentino il prodotto di disfacimento di tessuti, che rapidamente si formano e si distruggono.

In base a tale conclusione l'O. fa notare l'importanza che dal punto di vista clinico può avere l'esame chimico dei versamenti filanti del peritoneo permettendo esso di distinguere il prodotto di tessuti disfatti dalle pseudomucine dei cistomi ovarici.

L'O. afferma che il tumore da lui avuto in istudio, del quale presenta alcuni preparati, debba essere ritenuto, per la struttura che ha, non derivato dalle cellule di rivestimento del peritoneo. Crede che non si possa decidere con sicurezza tra la sua derivazione dalle cellule dei linfatici o dagli elementi connettivali del peritoneo. Pensa che, se la origine è da ricercarsi nell'endotelio dei linfatici, si tratti di un tumore di forma atipica che può anche essere definito come sarcoma; restando indecisa la questione se si tratta di un sarcoma di origine endoteliale (endotelioma atipico) o di un sarcoma propriamente detto, derivato dagli elementi connettivali. L. Preti.

Associazione Medica Triestina.

Presid.: Prof. Nicolich — Segret.: Dott. Porenta.

Adunanza scientifica del 14 febbraio 1921.

Il dott. Freund presenta un ragazzo affetto da una *rara varietà di tricofizia del cuoio capelluto* dimostrandone i preparati microscopici e dimostra poi un preparato miscroscopico di un caso di *angina del Plaut-Vincenz* rilevando l'importanza di tale esame in casi simili.

Il dott. Fecondo presenta un ammalato di *ulcera dura della lingua.*

Il dott. Bortolotti presenta un uomo operato dal dott. Oliani di *gastroenteroanastomosi retrocolica posteriore* il quale presentava trenta mesi dopo l'operazione i sintomi di un'ulcera peptica. Una seconda laparotomia praticata dallo stesso operatore mostrò che i sintomi erano dovuti all'irritazione di alcune suture in seta sulla mucosa gastro-intestinale al punto anastomotico.

Il dott. Italo Levi mostra il caso di *sifilide ulcero-serpiginosa* già discusso nell'adunanza precedente, nel quale le lesioni cutanee sono già cicatrizzate.

Adunanza scientifica del 7 marzo 1921.

Presid.: Prof. Nicolich — Segret.: Dott. Ferrari.

Il dott. Ferrari presenta il preparato anatomico di un caso di *rottura dell'aorta* avvenuta in un uomo di 36 anni sollevando un peso, quello di un caso di *necrosi del pancreas* con formazione di un grande sequestro in una donna affetta anche da colelitiasi e colecistite purulenta e da ultimo quello di un caso di *poliposi diffusa dell'intestino crasso* con degenerazione carcinomatosa di un polipo situato alla flessura epatica. L'oratore illustra brevemente anche le relative storie cliniche.

Il dott. Dolcetti presenta un operato guarito coll'asportazione di grossi *calcoli salivali.*

Il dott. Iellersiz fa una relazione sull'ultima apparizione del *dermotifo nella nostra città,* parlando specialmente nella sua qualità di facente funzione di Protofisico sulle misure profilattiche e repressive prese dal Comune, misure che riescirono a circoscrivere l'epidemia.

Dott. Porenta.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

La malattia del Bowen.

La dermatosi descritta per la prima volta dal Bowen di Boston nel 1912 va ascritta alla classe delle cosiddette dermatosi precancerose, nelle quali cioè si nota con frequenza la metaplasia epiteliomatosa (tale lo xantoma, la cheratosi senile, il morbo di Paget, la craurosi vulvare, la leucoplasia boccale, ecc., ecc.).

Essa si presenta sotto forma di chiazze cheratosiche, grandi da una lenticchia ad un palmo di mano, di forma tondeggiante, polilobata o irregolare, con tendenza al raggruppamento policiclico. Le chiazze hanno colorito rosso-scuro, talora con aspetto vegetante, sempre ricoperte da squame spesse. Non hanno sedi di predilezione, ma risparmiano mani, piedi e mucose. Compaiono insidiosamente, in soggetti adulti (20-60 anni), scompagnate da sintomi soggettivi; si estendono lentamente e in 2 a 10 e fin 30 anni subiscono l'evoluzione maligna, segnata dalla comparsa di ulcerazioni a base indurita, a fondo granuloso, sanguinante, talora in forma di tumore papillomatoso sanguinante ricoperto di croste. A questo punto si ha l'interessamento dei gangli linfatici coi noti caratteri dell'infiltrazione maligna secondaria.

Una rivista sintetica del D'Arbela (*Rivista critica di clinica medica*, 1920, n. 31) ricorda anche l'aspetto istologico delle lesioni: ipertrofia del corpo mucoso con deformazioni dei nuclei cellulari; netta discheratosi, ossia — secondo il Darier — passaggio nello strato corneo di cellule condensate, dalla forma di corpuscoli arrotondati, con o senza nucleo; netta ipercheratosi, talora a corazza; ipertrofia papillare; infiltrazione parvicellulare del corpo papillare. L'epidermide, modificata dal processo di discheratosi, si insinua nel derma con zaffi pieni bitorzoluti, costituiti da cellule atipiche dotate di nuclei mostruosi: in ciò consiste appunto il processo di metaplasia maligna, mentre lo stroma del tumore è costituito da connettivo adulto, stipato, non infiltrato.

Le alterazioni nucleari caratteristiche (nuclei giganti, gibbosi, multipli) differenziano questa dermatosi da tutte le altre, e specialmente dalla malattia del Paget, che pure ha con essa certe analogie.

La terapia vuol essere energica sin dallo stadio precanceroso, mirando ad asportare le chiazze o distruggerle completamente (raggi X, neve carbonica, termocauterio); avvenuta la metaplasia maligna, s'impone l'ablazione immediata del tumore e delle ghiandole viciniori.

RUSCA.

La natura dell'eritema nodoso.

C. Pestalozza (*La Pediatria*, luglio 1919) dai dati anamnestici, clinici, biologici ricavati dall'esame di molti ammalati, conclude per ritenere che l'eritema nodoso sia di natura tubercolare. I reperti istologici, se non danno una prova evidente in favore, non sono in aperto contrasto con tale opinione. L'insorgenza dell'eritema nodoso altro non sarebbe che l'esponente di una forma tubercolare già iniziata, che può decorrere allo stato latente e che solo può essere messa in evidenza dalla cutireazione.

È un fatto però che l'eritema nodoso, pure essendo tanto frequente la tubercolosi, è un fenomeno relativamente raro (1.06 % su 746 bambini osservati dall'A.).

Altre cause, oltre il fattore tubercolosi, debbono influire sulla sua insorgenza, fra le quali, escluso il fattore traumatico, si può pensare a disturbi del circolo sanguigno (affezioni cardiache, trombosi ed embolismo di vasi capillari) per cui le tossine tubercolari circolanti provocano, in determinati punti, a circolazione rallentata, l'insorgenza del nodulo. Ciò sarebbe confermato dalla speciale frequenza di questo nelle parti più declivi del corpo, in cui più facilmente può manifestarsi un rallentamento nella circolazione sanguigna.

fil.

Cause e cura dell'orticaria.

L'orticaria dipende costantemente da un *ictus* anafilattico, e si accompagna a disturbi digestivi e nervosi, nonchè ad elevamento di temperatura nei casi gravi. Può riconoscere *cause esterne* (attinie, pulci, pidocchi, ortiche, ecc.), *tossiche* (liquido di cisti idatidi) ed *interne*. Fra queste ultime, sono in prima linea le proteine ingerite, che possono determinare l'orticaria in modi diversi: 1° passando rapidamente inalterate nel sangue; 2° non subendo trasformazioni, per alterazione dei succhi digerenti; 3° per produzione di sostanze provocanti l'*ictus* anafilattico; 4° esistenza nel sangue di una sostanza speciale — toxogenina — che, combinandosi con l'antigeno, scatena l'anafilassi; 5° stato di non immunità nel sangue. Altre cause di orticaria sono le malattie infettive, come il reumatismo acuto, la difterite, le setticemie, la malaria.

Nel *trattamento* (A. Louste, *Paris médical*, maggio 1920) occorrerà anzitutto evitare la causa che provoca l'orticaria, se si arriva a conoscerla: per questo, si sopprimeranno i medicamenti e gli alimenti anafilattizzanti; da segnalarsi specialmente la grande importanza della dieta idrica.

Come cura sintomatica si ricorrerà ad inienioni di olio canforato, di etere, di adrenalina contro lo *shock* nervoso; localmente si useranno lozioni e polveri antipruriginose, ed applicazione di cotone.

Il trattamento patogenico consiste nel modificare l'idiosincrasia, nel trattare i disturbi digestivi e curare la dispepsia. Nella anafilassi da latte o da uova, si somministreranno due o tre goccie di latte o di uova al giorno, e così si farà in ogni caso di anafilassi da sostanza nota. *fil.*

Trattamento semplice della scabbia.

Milian (*Journ. des Sciences médic. de Lille*, 10 ottobre 1920) consiglia la pomata seguente:

Vaselina, Lanolina } ana gr. 250

Incorporarvi la soluzione:

Polisolfuro di potassio	gr. 50
Acqua	» 250

Poi aggiungere:

Ossido di zinco	gr. 5
Olio di vaselina	» 200

Lo scabbioso fa un bagno od una doccia saponata: si unge poi tutto il corpo, salvo la testa, con la pomata al polisolfuro, rivestendosi poi con la stessa biancheria e dormendo nelle lenzuola di prima. L'unzione va ripetuta il giorno seguente: il terzo giorno una buona saponata ed un bagno puliscono l'individuo che può cambiare biancheria e lenzuola. La disinfezione dei vestiti è inutile. Si applica poi una pasta allo zinco. *fil.*

L'olio di Chaulmoogra.

Trattasi di un grasso che si ricava dai semi di una *Bixacea* del genere *Taraktogenes*, che cresce nel Bengala, Birmania, ecc.; fonde a 23°: indice di acidità 25.71; di *saponificazione* 216: numero di jodio 102. (Pronunzia ingl.: ciolmugra).

È da ritenersi specifico per le forme di lebbra nelle sue varie manifestazioni cliniche. È giovevole altresì (p. uso esterno) in affezioni cutanee (psoriasi, lupus), piaghe fagedeniche ed in genere nelle forme cutanee torpide, che si possono più o meno ravvicinare alla tubercolosi.

Sia per l'azione locale, e sia per il sapore non grato (l'olio di Chaulmoogra si dà anche per uso interno) si possono manifestare nausee o vomiti: esistono talora casi di vera intolleranza.

Per uso esterno si preparano linimenti, pomate, empiastri (A. Valenti, *Riforma medica*, XXXV, n. 46). *Linimento*: con olio di oliva al 20-30 %: *pomata*: vaselina p. cinque: paraffina molle p. una: olio di Chaulmoogra p. duequattro. *Empiastro*: empiastro semplice p. 20: cera gialla ed olio di C. ana p. 10.

Per uso interno, si somministrano capsule contenenti g. 0.25 del farmaco (2-15 al giorno, a dosi crescenti). Si usa anche l'acido ginocardico o chaulmoogrico, che è il suo più importante principio attivo: pomate 1:20: uso interno cg. cinque — g. 1 ½ *pro die*.

Durante la cura è opportuno evitare l'uso eccessivo di carni salate o di carne di maiale.

fil.

Trattamento delle cicatrici viziose.

P. G. Unna (rifer. in *Presse Médic.*, 22 maggio 1920) utilizza la proprietà che ha la pepsina, in presenza di acido cloridrico, di digerire parzialmente lo strato corneo della cute.

La formola iniziale preconizzata dal dermatologo di Amburgo era:

Pepsina	gm. 10
Acido cloridrico, Acido fenico }	ana gm. 1
Acqua distillata q. b. per	gm. 200

In seguito, la quantità di pepsina venne da lui ridotta a 2 gm. su 200 di veicolo.

L'acido fenico ha lo scopo d'impedire la decomposizione eventuale della pepsina, per l'azione del tessuto «digerito», nonchè di esercitare una certa azione sedativa.

La miscela si applica in forma di compresse umide.

Alle volte, dopo qualche giorno di cura, si osserva una lieve irritazione cutanea; essa cede rapidamente alle applicazioni di una polvere assorbente, ma può essere evitata sostituendo all'acido cloridrico l'acido borico nella proporzione del 4 %.

Platzschke ordina le applicazioni umide solo durante la notte; durante il giorno le sostituisce con una pomata contenente, su 100 grammi di eccipiente, le stesse quantità di ingredienti della formola sopra riportata.

Quando si tratta di cheloidi antichi, l'azione cheratolitica della pepsina e dell'acido cloridrico si mostra insufficiente; giova allora di associarvi altri medicinali, in specie il pirogallolo. Platzschke comincia col praticare una pennellatura di collodio contenente il 10 % di pirogallolo; sopra vi applica una compressa umida alla pepsina: la pellicola di collodio produce una compressione e riduzione del tessuto cicatriziale, mentre la mescolanza digerente s'infiltra benissimo attraverso di esso.

L. V.

Nelle ragadi del seno.

Le Lorier (*Société d'Obstétr. et de Gynéc.* di Parigi, seduta del 12 luglio 1920) raccomanda di lavare l'areola prima e dopo ogni poppata con alcool a 90°: se questa applicazione è dolorosa, ciò significa che si è prodotta una ragade, sia pure piccolissima; allora egli fa stendere sul capezzolo una pomata composta di sottonitrato di bismuto gm. 8, cerato semplice gm. 100: ottiene così una cicatrizzazione rapidissima.

Prendendo la parola su questa comunicazione, Delbet ha rilevato i misfatti delle applicazioni umide, alle quali devono imputarsi quasi tutti gli ascessi delle mammelle. Egli si limita a trattare le ragadi con alcool; poi lascia semplicemente la parte esposta a lungo all'aria ed alla luce, senza nessuna medicatura.

L. V.

Trattamento del carbonchio.

E. Simpson (*British med. Journ.*, 27 novembre 1920) ha ottenuto notevoli vantaggi con il siero anticarbonchioso, usato a dosi variabili da 20 a 500 cmc.; l'escisione con carbolizzazione venne praticata soltanto tre volte su 12 casi; talora la ferita fu medicata con glicerina al bijoduro di mercurio. Con l'uso del siero, la temperatura ritornò normale in un periodo variabile da poche ore a sei giorni, talvolta con crisi e collasso. Si può però avere in qualche caso una leggera elevazione.

L'iniezione si fa sottocutanea e, solo in casi d'urgenza, endovenosa: talvolta l'effetto si manifesta con un certo ritardo: si assiste però in certi casi a vere risurrezioni.

fil.

Negli avvelenamenti da vipera.

Applicazione di un laccio costrittore, espressione della ferita, iniezioni interstiziali di cloruro di calcio a 1/100, di acido cromico a 1/100, di permanganato di potassio a 1/100, che riducono il veleno *in situ*. Se è possibile, sieroterapia antivelenosa. In considerazione che il veleno di vipera è emolizzante, rinforzare la resistenza delle emazie, con cloruro di calcio e con la colesterina per uso interno. (I. Parisot e L. Clausade, *Progrès médical*).

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il meccanismo del singhiozzo.

(H. ROGER ed E. SCHULMANN. *Presse Médicale*, n. 17, febbraio 1921).

Il singhiozzo è caratterizzato da una contrazione spastica del diaframma e della glottide. Gli AA. approfittando di un caso di singhiozzo epidemico hanno studiato col metodo grafico le varie fasi della respirazione durante gli accessi di singhiozzo. I tracciati così ottenuti dimostrano che l'inspirazione brusca e spasmodica, considerata come caratteristica del singhiozzo, è preceduta da una espirazione forzata egualmente spasmodica. Il singhiozzo dunque è caratterizzato da un doppio spasmo; il primo espiratorio posto in evidenza soltanto dai tracciati, il secondo inspiratorio accompagnato dallo spasmo della glottide. Frequenti sono gli spasmi abortivi, nei quali però manca più raramente lo spasmo espiratorio. Dai tracciati si rileva anche la frequenza di singhiozzo doppio caratterizzato da due spasmi sia espiratori che inspiratori susseguentesi senza alcun intervallo.

Nell'intervallo fra un singhiozzo e l'altro, gli atti respiratori sono frequenti, con ampiezza inferiore alla norma, e alle volte irregolari ed ineguali. Nei periodi di calma la respirazione è più lenta ed ampia, ma ancora si allontana dal tipo normale di respirazione per una inspirazione più lunga ed una pausa espiratoria più corta. Lo studio radioscopico di questo caso di singhiozzo faceva constatare un brusco sollevamento delle cupole diaframmatiche corrispondente all'espirazione iniziale, seguito da una brusca inspirazione caratteristica. Alle volte si osservava un transitorio stato tetanico del diaframma che appariva agitato da piccole scosse fibrillari. Lo stomaco e l'esofago seguivano i movimenti del diaframma.

TRENTI.

MEDICINA SOCIALE.

Colonie industriali per tubercolotici.

Il lavoratore tubercolotico che, in grazia di una cura adatta e del soggiorno al sanatorio, ha riacquistato la capacità lavorativa, deve ritornare, tosto o tardi, nel suo ambiente di prima, con che gli è preclusa la possibilità di mantenere il tenore di vita per lui necessario. Egli ritorna a lavorare come un tempo anche allo scopo di guadagnare, e ne viene di conseguenza che la sua salute ne soffre, il tubercolo si riattiva e l'ammalato ritorna a costituire, oltre che una spesa, anche un pericolo per la famiglia e per il pubblico.

Questi fatti sono stati riconosciuti da lungo tempo, ma solo negli ultimi anni si è pensato ad utilizzare i tubercolotici nei primi stadî, dando loro un lavoro proficuo ed, al tempo stesso, adatto alle loro forze. L'idea di una segregazione dei tubercolotici su larga scala, dando loro anche un lavoro rimunerativo, è stata messa in azione. Le difficoltà sono state specialmente appianate con l'uso di macchine. Un individuo che la malattia ha minorato fisicamente ed intellettualmente non può adattarsi ad un nuovo lavoro, ma però sarà pur sempre capace di usare una macchina, come hanno fatto durante la guerra tanti inabili ed improvvisati operai per le munizioni. In tal modo l'ex-tubercolotico può guadagnarsi la vita e continuare a vivere una vita igienica nella casetta della città-giardino, fino a che ciò sia necessario per il suo futuro benessere.

G. S. Woodhead e Varrier Jones dànno in un interessante volume (Londra, *Cambridge University Presse*) tutti i particolari sul lavoro, sulle obiezioni sollevate, sulle difficoltà incontrate per mettere in opera tale progetto. Stabilito così il principio, i promotori intendono di applicarlo largamente in città-giardino con industrie organizzate, connesse ad un istituto centrale retto con i sussidi dello Stato e di Società private. La difficoltà di segregare i casi infettivi è risolta con l'istituzione di padiglioni in cui vengono raccolti temporaneamente tutti gli individui che hanno una certa elevazione di temperatura: i casi cronici, con persistenza di temperatura più elevata, vi soggiornano di continuo pure compiendo qualche lavoro rimunerativo.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1319) *Sulla chiluria.* — All'abb. n. 2230:

Devono essere ben distinte due forme di chiluria: quella *parassitaria*, legata alla presenza della *Bilharzia haematobia* o della *Filaria sanguinis*, e quella che si può chiamare essenziale. La prima è malattia dei paesi caldi, eccezionale nei climi temperati, è intermittente; si accompagna per lo più ad ematuria e a dolori renali del tipo colico.

La seconda si osserva in individui che possono non presentare all'esame nessuna alterazione degli organi e nessun disturbo funzionale. Si associa solo per lo più ad albuminuria. Può essere transitoria o durare per anni; può guarire completamente per sè. Non si conoscono alterazioni anatomiche specifiche della chiluria, la etiopatogenesi ne è ancora oscura.

t. p.

(1320) *Trattamento vaccino-sieroterapico dell'artrite gonococcica.* — Al dott. T. C. N. 13682:

Nella terapia delle artriti gonococciche l'autovaccino suole dare ottimi resultati. In mancanza è opportuno usare un *vaccino polivalente.*

Per esperienza personale, che concorda con quella della maggior parte degli studiosi, gli effetti utili sono più rapidi e duraturi, se alla vaccinoterapia si associ una generosa cura sieroterapica con siero antigonococcico (30-40 cc. al giorno).

t. p.

(1321) *Mistura antimalarica Baccelli.* — All'abbonato n. 2922:

La quantità di liquore arsenicale del Fowler contenuta in 1000 cmc. di mistura antimalarica Baccelli, limpida, è di *grammi venti,* corrispondenti a venti centigrammi di acido arsenioso; nella formola originale sono contenuti sei centigrammi di acido arsenioso su 300 cmc. e quindi venti su 1000. La proporzione di questo ingrediente eroico non è quindi mutata; corrispondentemente non mutano le dosi da somministrarsi (3-6 cucchiai al giorno).

fil.

(1322) Assicuriamo i signori dottori G. Scelsi di Isnello, G. De Paula di Valva, A. Kopciowski di Collalto Sabino, N. Pellicano di Civita, G. Titomanlio di Aiello del Sabato, G. Cirrone di Castell'Ottieri, D. Gaudio di Mendicina, Augusto Mazzi di Montespertoli e molti altri, i quali hanno sollecitato l'invio del *Manuale di Legislazione sanitaria* del dottor Vigo, che nell'entrante settimana ne avrà infallantemente luogo la spedizione.

L. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per i concorsi sanitari.

Riceviamo:

Al Signor Dott. Decio Gandolfi,

Nella sua lettera al *Doctor Justitia,* Ella si ostina nella tesi che per i concorsi sanitari banditi dai Comuni non sia valida, e quindi non legale, la esibizione di un certificato elenco dei titoli e documenti, in conformità dell'art. 96 del Regolamento approvato con Regio Decreto 12 febbraio 1911, n. 297, per l'esecuzione della Legge Comunale e Provinciale.

Mi permetta che anch'io interloquisca in merito, quantunque non ve ne sia il bisogno, dopo l'esauriente commento del *Doctor Justitia,* a pag. 459 del «Policlinico», Sez. Pratica, fasc. 13 del corrente anno.

Appunto per confutare la Sua tesi, nella quale Ella dimentica che anche per i concorsi dei maestri elementari comunali, non solo è sufficiente la esibizione di un tale elenco redatto in conformità dell'art. 96 predetto, ma per quelli in ruolo, basta anche un semplice certificato del Provveditore agli Studi, dal quale risulti che sono titolari di una data scuola comunale, perchè possano concorrere in diversi Comuni, pure appartenenti a diverse Provincie, e siano quindi compresi nella graduatoria, quantunque non presentino, in ogni singolo concorso, i documenti originali o in copia notarile.

A maggior ragione, quindi, un certificato elenco rilasciato dal Sindaco del Comune al quale si è concorso, e debitamente vistato, per conferma, dal Prefetto, che è il Capo del Servizio Sanitario della Provincia e Presidente del Consiglio Sanitario Provinciale, deve considerarsi legale e valido per accedere alle condotte mediche.

Inoltre per i già titolari di condotta in seguito a regolare concorso, dovrebbe ritenersi superfluo presentare nei nuovi consorsi, i documenti di rito, diploma di laurea compreso, per il fatto che essendo stati già giudicati da una Commissione Sanitaria speciale, ed essendo per di più in servizio come medici condotti, possiedono implicitamente, tali documenti, ed hanno evidentemente i requisiti voluti, anche perchè, come tali, sono inscritti all'Ordine dei Medici, per la quale inscrizione debbono possedere ed avere già esibito tutti i documenti prescritti per le condotte, ai sensi dell'articolo 2 della Legge 10 luglio 1910, n. 455, sugli Ordini Sanitari, che Ella deve conoscere essendo Presidente dell'Ordine di Piacenza.

È inutile quindi, per le ragioni suddette, duplicare o moltiplicare l'esibizione di documenti che implicitamente si possiedono, specialmente quando si tratti di medici condotti in servizio che concorrono ad un posto eguale a quello di cui sono titolari.

Inoltre gli impiegati di ruolo dello Stato che concorrono ad altre Amministrazioni pure dello Stato, o ad altri uffici governativi, sono esonerati dal presentare, nei successivi concorsi, i documenti di rito, ed è per loro valido un certificato del capo ufficio da cui dipendono, e dal quale risulti che possiedono i requisiti voluti per quel dato concorso.

Non si capisce quindi perchè per i medici condotti che sono impiegati comunali veri e propri, e come tali appartenenti alla categoria degli impiegati degli enti locali, non siano valide le leggi che sono preposte per tutti gli impieghi degli enti locali, e non debba per loro aver valore la Legge Comunale e Provinciale solo in materia di concorsi, mentre vale per tutto il resto.

Nè è da ammettersi l'asserto che per giudicare i concorrenti bisogna vedere la laurea e gli altri titoli e documenti in originale o in copia notarile, quando nel certificato elenco di cui all'art. 96 del Regolamento per la Legge Comunale e Provinciale si ha la riproduzione fedele di ciò che vale per mettere in evidenza i meriti scientifici e professionali del candidato; e non si capisce perchè l'attestazione di un Prefetto, che viene d'altronde rilasciata in seguito a parere del Medico Provinciale, debba avere meno valore di una copia notarile, quando è risaputo che per ottenere i certificati elenco di cui all'art. 96 predetto, tali elenchi sono stati redatti dai Sindaci, previa verifica regolare di documenti presentati, fatta dallo stesso Sindaco, che per l'art. 1° del T. U. della Legge Sanitaria è pure capo del Servizio sanitario comunale, e poscia dal Prefetto, che per la stessa legge è capo del Servizio sanitario della Provincia e Presidente del Consiglio Sanitario Provinciale.

Di più l'art. 75 del Regolamento Sanitario 19 luglio 1906, n. 466, permette la presentazione dei titoli non in originale od in copia notarile, ma in semplice dichiarazione sommaria vistata dal Sindaco, nei concorsi per ufficiale sanitario, ed evidentemente, per analogia, anche nei concorsi per le condotte mediche.

Mi si perdoni, se dalla divergenza in questione, sia lecito dubitare che fa comodo poter dispensare le condotte migliori a dei beniamini locali, facendo ostruzionismo ai *frettolosi novellini* che accedono ai concorsi con gli incriminati elenchi, non per eludere la Legge od il Fisco, ma perchè le lungaggini delle Commissioni Esaminatrici e delle Amministrazioni comunali trattengono, per mesi e mesi, dei documenti che non si possono rinnovare con tanta facilità, per le more dell'attuale burocrazia, mentre invece nelle condotte di una certa importanza, appunto per impedire il gran numero dei candidati, si aprono i concorsi alla chetichella, cucinando spesso la minestra in famiglia.

Formuliamo l'augurio che presto venga approvata dal Parlamento la Legge sull'Assicurazione obbligatoria contro le malattie; sarà così regolata, in modo uguale per tutti, la posizione e la carriera dei Sanitari, togliendoli dall'arbitrio dei Comuni e delle Commissioni provinciali.

E questo fia suggel!...

Treporti di Burano. Dott. S. NIOLA.

Cronaca del movimento professionale.

Sezione Pavese dell'Ass. Naz. Medici Ospitalieri.

Il Presidente della Sezione Pavese della Associazione Nazionale Medici Ospitalieri ci comunica il seguente ordine del giorno, votato nell'assemblea del 23 u. s.:

« La Sezione Pavese dell'Associazione Nazionale Medici Ospitalieri, convocata in assemblea a Pavia nella sede dell'Ordine dei Sanitari, il 23 marzo 1921;

sentito lo stato della vertenza insorta fin dal 1919 tra l'Amministrazione dell'Ospedale civile di Stradella ed i due consoci prof. dott. Giovanni Masnata e dott. Ercole Boselli;

constatato che, pendente il boicottaggio dei posti di Chirurgo Direttore e di Assistente di detto Ospedale, i colleghi prof. Formiggini di Castelsangiovanni, prof. Bonzani di Milano, prof. Verga di Pavia, prof. Camera di Torino, officiati a coprire tali posti, appena messi sull'avviso, si affrettarono a fare atto di commendevolissima ed esemplare solidarietà rifiutandosi, del che la Sezione rende loro pubblica attestazione riconoscente: constato invece che, malgrado le diffide, il dott. Umberto Nobili di Bologna assunse i servizi boicottati, a cui l'Amministrazione ospitaliera lo nominava senza concorso;

rilevate le brillanti vittorie riportate con sentenza emessa dal giudice istruttore il 20 febbraio 1920 davanti il Tribunale di Voghera, dai colleghi Masnata e Boselli, e rilevato il favorevole responso della Giunta Provinciale Amministrativa di Pavia in sede contenziosa ottenuto in data 25 novembre-2 dicembre 1920 dal ricorrente dottor Boselli, a dichiarazione del suo pieno diritto alla continuazione del servizio ospitaliero da lui esercito per circa 28 anni;

saputo che, invece di rendere omaggio esecutivo a tale responso di giustizia, reintegrando di ragione nel posto il suo vecchio dipendente, quell'Amministrazione, quasi identificando il proprio istituto di beneficenza di sua natura obbiettivo col meccanismo di un risentimento personale, è ricorsa all'espediente-rappresaglia della soppressione del posto;

preso atto della deliberazione della Sezione Bolognese della Associazione Nazionale Medici Ospitalieri del 10 dicembre 1920 comunicata al dott. Umberto Nobili nei termini seguenti: « Senza entrare in merito alla questione esistente fra l'Amministrazione di Stradella e il chirurgo dimissionario, sulla quale è chiamato a decidere un *Giury* d'onore già costituito, questa Sezione, dopo presi in esame i documenti relativi e gli elementi principali di giudizio, ha dovuto constatare come ella, dott. Nobili, abbia trasgredito alle norme di solidarietà e di disciplina collegiale assumendo servizio in un posto regolarmente boicottato, e perciò ha votato all'unanimità *la di lei espulsione dalla nostra Associazione* »;

protesta contro i sistemi singolari svolti dall'Amministrazione ospitaliera di Stradella nei confronti prima del prof. Masnata e poi del dott. Boselli, punendo nel primo la libertà del pensiero politico, in obbedienza a voti e rimarchi emessi da enti politici estranei alla tecnica ed all'autonomia ospitaliera, e congegnando pel secondo interpretazioni ed azioni contrarie rispettivamente al diritto impiegatizio e all'equità amministrativa;

attesta ai colleghi Masnata e Boselli la solidarietà della classe in queste ore amare di loro passione professionale; la viva soddisfazione per le vittorie giudiziarie ed amministrative, che li hanno rivendicati e purgati delle accuse con tanta leggerezza mosse loro dall'Amministrazione ospitaliera suddetta; e il disappunto perchè alla scontinuità ed insufficienza della coscienza e solidarietà di classe tuttora operante ai danni dei consoci corrisponde altresì deficienza di leggi che tutelino con adeguato vigore il contratto di lavoro ospitaliero esposto alle iatture delle ire di parte;

deplora la violazione delle buone regole di solidarietà e disciplina compiuta dal dott. Umberto Nobili;

riconosce permanenti gli effetti della proclamazione del boicottaggio;

e dichiara incompatibile colla dignità di membri di un'Associazione che ha per fondamento la pratica della disciplina e solidarietà di classe qualsiasi rapporto col nominato dott. Umberto Nobili e con l'Ospedale di Stradella, invitando alla sollecita adozione di analoghi provvedimenti l'Ordine dei Sanitari, cui fanno capo le altre organizzazioni della classe sanitaria della provincia ».

Congresso dei Sanitari del Circondario di Frosinone.

L'11 corrente, presieduta dal dott. Angelini, ebbe luogo l'assemblea ordinaria dell'Associazione Sanitaria Regionale di Frosinone e Velletri.

Il dott. Buglioni, assunto all'importante carica di Presidente della Federazione Umbro-Laziale delle Sezioni dell'A. N. M. C., riferì largamente sul primo Consiglio Nazionale dei Presidenti federali tenuto il 31 marzo p. p. a Roma, ed espose tutto il programma di azione che l'Associazione si propone di svolgere in rapporto ai problemi più assillanti della classe, quale la condotta residenziale, la Cassa di Previdenza, la Mutua, la riduzione degli organici, ecc.

Il dott. Giudici di Piperno denunziò il Comune di Roccasecca dei Volsci, il quale da 12 anni manca del titolare della condotta medica, ed in questi ultimi tempi ha pensato di sopprimere anche il servizio di scavalco con cui, alla meno peggio, provvedeva all'assistenza sanitaria di quella popolazione. Fu dato incarico alla Presidenza di interessare l'Autorità tutoria a far cessare questo stato di cose.

Alle cariche sociali furono riconfermati tutti gli uscenti, eleggendo al posto di Segretario, lasciato vuoto dal dott. Buglioni, il dott. Asteriti Francesco di Frosinone, ed al posto di Cassiere il dottor Giudici di Piperno.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8776) *Indennità caro-viveri - Dispersione di mandati.* — Dott. A. C. da M. — Il Comune dove presta servizio a scavalco dovrebbe corrisponderle la indennità caro-viveri, ma congiuntamente a quello in cui è stabile, per il tassativo disposto dell'articolo 1 del D. L. del 9 marzo 1919, n. 338, secondo cui quando un sanitario presta servizio presso diversi enti pubblici locali ha diritto ad una sola indennità caro-viveri ripartibile fra i diversi enti in proporzione degli stipendi che rispettivamente corrispondono. Circa la dispersione dei mandati di pagamento non pare possa esservi difficoltà a rilasciare i duplicati, prevenendone il tesoriere ed impedendo il pagamento degli originali qualora fossero presentati pel pagamento. Certamente la dispersione del mandato non può impedire il pagamento dello stipendio al sanitario. Se il Comune si ostina nel rifiuto ricorra alla G. P. A. richiedendo, in base alla dichiarazione del tesoriere, la emissione di un mandato di ufficio.

(8778) *Pagamento di stipendio arretrato - Infortunio sul lavoro - Competenze.* — Dott. P. M. da C. I. — Per ottenere il pagamento dello stipendio dovutole per il mese di ottobre p. p. non deve fare altro che citare il Comune a comparire innanzi al locale Pretore per sentirsi condannare al saldo, e ciò in base al mandato di cui è in possesso e che è stato rifiutato dall'esattore. Le spese per le prime ed immediate cure negli infortunii sono a carico dell'assuntore dei lavori, così come quella pel primo certificato. Per gli altri certificati la spesa è a carico dell'Istituto assicuratore. La tariffa è stabilita nell'articolo 149 del Regolamento approvato con R. Decreto del 13 marzo 1904, n. 141.

(8779) *Ufficiale sanitario.* — Dott. abbonato 3865. — Oggidì gli incarichi provvisorii per le funzioni dell'ufficiale sanitario non sono più consentiti. Ove non risiede libero esercente, che abbia superato il concorso e sia stato nominato ufficiale sanitario dal Prefetto, le funzioni relative sono esercitate dal medico condotto. Però gli incarichi già dati restano in vigore fino a quando non sia possibile la sistemazione del servizio in conformità della legge. Coloro che vi avessero interesse potrebbero in tal senso fare le occorrenti premure presso le competenti autorità sanitarie. Si confronti l'articolo 18 della legge sanitaria.

(8780) *Concorso per la nomina a medico condotto.* — Dott. G. G. da B. — Per l'ufficiale sanitario che concorre al posto di medico condotto esiste il limite di età, come per gli estranei, perchè lo articolo 27 del Regolamento generale sanitario esonera da qualsiasi limite solamente coloro che abbiano prestato servizio in *altre condotte*.

(8781) *Pensione medici anziani.* — Dott. A. D. M. da T. P. — Dovrebbe rimanere inscritta alla cassa per almeno 5 anni, pagare una somma che si aggira fra le 4 o 5 mila lire nel termine di 5 anni, più gli interessi se non è pagata in una volta, e liquiderebbe la pensione annua di lire 996.

(8782) *Determinazione dello stipendio del medico condotto.* — Dott. U. B. da S. — Il caso occorsole è increscioso perchè è rimasto ingannato sulla misura dello stipendio, che credeva di lier 6000 e che è, invece, di lire 5000. Se il Comune riconosce che è stata una pura fatalità verificatasi per caso fortuito può direttamente aumentarle lo stipendio di altre lire 100 annue ed in caso diverso, esponendo i fatti svoltisi, può Ella stessa chiedere alla G. P. A. l'aumento di ufficio della somma occorrente ai sensi dello articolo 26 della legge sanitaria.

(8783) *Vendita di medicinali.* — Dott. G. B. da C. E. — I farmacisti non possono vendere farmachi a dose e forma di medicamento senza la ricetta del medico come deducesi dall'art. 61 della legge sanitaria. Le fialette di cui parla costituiscono una specialità medicinale e come tale non possono essere vendute che dai farmacisti in seguito a ricetta del medico. I contravventori sono puniti con pena pecuniaria estensibile a lire 100. Per accertare la contravvenzione basta qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria.

(8785) *Aumento di stipendio - Sessennii.* — Dottor A. B. da S. — Se l'aumento di stipendio conseguito è effetto delle recenti leggi, il sessennio si computa sul nuovo accresciuto assegno. Se invece l'aumento è derivato da altra causa, il sessennio si perde, cominciando a decorrere un nuovo periodo dal giorno del conseguito aumento. Per effetto di benevola disposizione fu, infatti, stabilito dalle recenti leggi, che gli aumenti da esse previsti non solamente non interrompono i periodi sessennali in corso, ma i sessenni stessi si calcolano in base allo stipendio accresciuto.

(8786) *Tassa di esercizio.* — Dott. A. A. da B. — Il medico condotto non è obbligato, come tale, a pagare la tassa di esercizio e rivendite. Deve però pagare tale tassa in quanto libero esercente ed in proporzione dell'utile che da tale esercizio può ricavare.

(8787) *Ufficiale sanitario - Caro-viveri.* — Dottor V. L. da M. B. — Se dubbio vi possa essere circa la spettanza della indennità caro-viveri all'ufficiale sanitario, esso è ora risoluto in senso affermativo dalla circolare del Ministero dell'Interno del 10 ottobre 1919, in cui è detto che i medici, i veterinari condotti e gli ufficiali sanitari per ottenere miglioramenti economici ed anche il caro-viveri debbono, in caso di rifiuto o di oscitanza delle amministrazioni comunali, fare ricorso alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 della legge sanitaria.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. N. P. da C.:

Un ufficiale collocato in una qualsiasi posizione di pensione non è più considerato in servizio. Tutte le competenze cui ha diritto sono conglobate nella pensione.

All'abb. n. 4449:

Il trattamento di smobilitazione per gli ufficiali consiste in una indennità pari a tanti mesi di stipendio quanti sono stati gli anni di servizio prestato. Il primo anno di servizio è computato per due mensilità.

M. G.

CONCORSI.

BREDA DI PIAVE (*Treviso*). — L. 6000 per 1000 pov.; addizion. L. 2; mezzo trasp. L. 1800; uff. san. lire 600. Scad. 5 maggio.

CAMPOLATTARO (*Benevento*). — L. 4000; c.-v. Scadenza 6 maggio.

CANNARA (*Perugia*). — Condotta egual primaria; L. 6000 pei poveri; L. 2000 per cav.; L. 600 disagiato servizio. Scad. 30 aprile.

CAPRIATI A VOLTURNO (*Caserta*). — Residenziale, L. 6000; c.-v. Scad. 15 mag. Servizio entro un mese.

CASTELNUOVO VAL CECINA (*Pisa*). — Due frazioni; L. 6000 e quadrienni del decimo fino a L. 9000; due c.-v.; L. 2000 per cavalc. In approvaz. aumento 15 % sullo stip. predetto. Scad. 10 maggio.

CATANIA. *R. Prefettura*. — Concorso per titoli ed esami ad ufficiale sanitario presso i seguenti Comuni, Capoluoghi di mandamento: 1° Adernò, popolazione 35 mila abitanti circa; 2° Biancavilla, 16 mila abitanti circa; 3° Centuripe, 13 mila abit. circa; 4° Regalbuto, 13 mila abit. circa; 5° Randazzo, 14 mila abit. circa.

Al posto di ufficiale sanitario nel Comune di Adernò è annesso lo stipendio annuo lordo di lire 6000, più 1000 di indennità di ufficio; a quello dei Comuni di Biancavilla, Centuripe, Regalbuto e Randazzo è annesso rispettivamente lo stipendio lordo di lire 5500, più 500 d'indennità di ufficio; 5 quinquenni del decimo. Scadenza 60 giorni dal 2 aprile. Documenti alla Prefettura (Ufficio Sanitario Provinciale): Età limite anni 45 al 2 aprile. Esami presso la R. Università.

CITTAREALE (*Aquila*). L. 6000 per poveri; per trasp. L. 2000; uff. san. L. 500; disagiata resid. L. 200; per condotta povera L. 2000 finchè gli abbienti non superino 300. Scad. 30 aprile.

CORTENO (*Brescia*). — Consorzio; L. 7000 fino a 1000 pov.; L. 2 ogni povero in più; L. 500 dopo un biennio e L. 550 per cinque bienni successivi; L. 800 indennità per cond. montuosa; L. 300 quale uff. san. Scad. 30 aprile.

FORNO DI CANALE (*Belluno*). — Consorzio; L. 8000 fino a 1000 pov.; L. 1800 mezzo di trasp.; L. 800 uff. san.; L. 400 arm. farmaceut. Scad. 25 maggio.

GORLAPRECOTTO (*Milano*). — L. 5000 oltre L. 2300 per c.-v., L. 3000 per cav., L. 1000 indennità chilometraggio, L. 400 quale uff. san. Scad. 30 apr.

GRIMALDI (*Potenza*). — L. 4000 per circa 60 pov. Scad. 27 aprile.

GUARCINO (*Roma*). — L. 7000 fino a 2000 pov.; addizionale L. 1.50. Scad. 30 aprile.

LATERA (*Roma*). — L. 7500, c.-v.; L. 300 per uff. san.; L. 500 disag. resid. Scad. 30 aprile.

LUZZI (*Cosenza*). — L. 4000 fino a 1000 poveri; addiz. L. 5. Scad. 27 aprile.

MALGHERO (*Venezia*). — L. 7500 e tre quinquenni del dec.; L. 1200 disagiata resid.; L. 800 zona malarica; 2 caro-viv.; L. 1800 se cavallo, L. 800 se altro mezzo trasp.; L. 5 a famiglia oltre le 500. Esercizio biennale in osped.; o un anno in osped. e uno in condotta. Scad. 30 aprile.

MEDUNO (*Udine*). — L. 6000 per poveri; L. 2000 per trasp. (in corso aumento a L. 7000 e 2400); L. 800 quale uff. san.; c.-v.; alloggio, orto, prato. Scadenza 10 maggio.

MICIGLIANO (*Aquila*). — Condotta; L. 6000, oltre L. 1000 per disag. resid.; L. 500 per uff. sanitario. Scad. 30 aprile.

MONGARDINO D'ASTI (*Alessandria*). — Poveri; condizioni Federazione Ligure-Piemontese M. C. Scadenza 30 aprile.

MONTEFIASCONE (*Roma*). — L. 7000 e cinque quadrienni del decimo; c.-v. Scad. 2 maggio.

MONTIERI (*Grosseto*). — L. 7000 che saranno portate a L. 10,000; cinque quadrienni del decimo; lire 2400 per c.-v. Scad. 30 aprile.

POGGIO NATIVO (*Perugia*). — L. 6000; c.-v. L. 1200; per disag. res. L. 1200; per cav. L. 1000; quale uff. san. L. 600. Scad. 30 aprile.

PONTE BUGGIANESE (*Lucca*). — 2ª Cond.; L. 6000 oltre L. 2000 per cav.; L. 1200 c.-v.; in approvaz. 2° c.-v. Scad. 30 aprile.

RECETTO (*Novara*). — L. 4500 fino a 300 pov.; addizionale L. 3 in zona agglomerata e L. 5 in cascinali; L. 300 per uff. san.; all. Scad. 30 aprile.

ROCCACASALE (*Aquila*). — L. 6000 per 1500 poveri; 4 sessenni del decimo; c.-v.; L. 500 quale uff. san. Scad. 29 aprile.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — 2ª Cond. L. 7000 (in approvaz. L. 10,000); doppio c.-v. Scad. 10 maggio.

ROMA. *Ministero per l'Industria ed il Commercio*. — Con decreto 22 marzo 1921 del Ministro dell'I. e C., il concorso bandito con decreto del 27 marzo 1920, a premi per l'industria di preparati farmaceutici, mediante utilizzazione di piante medicinali ed aromatiche, è stato prorogato di mesi sei; per cui le relative domande di ammissione dovranno essere presentate entro il 15 ottobre.

ROSARNO (*Reggio Calabria*). — A tutto 15 maggio 2 condotte; per Rosarno Centro L. 5000, per S. Ferdinando (abit. 4000) L. 4000, iniziali, lorde; c.-v.; L. 500 per la profilassi antimalar. Età limite 49 anni. Servizio entro un mese. Chiedere annunzio.

SALUDECIO (*Forlì*). — Due condotte; L. 10,000; al chirurgo che assumerà la direz. dell'Ospedale L. 1000. Chiedere annunzio. Proroga 15 maggio.

SAN COSTANZO (*Pesaro*). Capoluogo; L. 8000 riducibili a L. 6000 se la condotta sarà resa resid.; doppio c.-v.; L. 1000 per ambulat. Scad. 30 aprile.

SAN FIORANO (*Milano*). — L. 6000; per servizio poveri L. 400, e altre indennità. Scad. 6 maggio.

SANT'ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — L. 6000; c.-v.; indennità disagiata res. ecc. Scad. 30 giugno.

SAN VERO MILIS (*Cagliari*). — Consorzio; L. 6500 oltre L. 1000 per cav. e L. 1000 per uff. san. Scad. ore 12 del 1º maggio.

TORREANO DI CIVIDALE (*Udine*). — A tutto il 10 maggio condotta, L. 6000; indennità mezzo trasporto L. 2000; per uff. san. L. 600; compenso aggiuntivo di L. 1.50 quando il numero dei poveri sorpassi quello di 1000; caro-viv. di legge.

TRIESTE. — A tutto 26 maggio concorso per titoli ed eventualmente per esami a Capo del Laboratorio medico micrografico comunale con sede all'Ospedale di S. M. Maddalena; stipendio fondamentale L. 12,000; sussidio alloggio L. 1200; aggiunta di funzione tra L. 1800 e L. 3600; caro-viv. per i celibi L. 1980, per gli ammogliati L. 2710.25, più cent. 85 al dì per ogni persona a carico contemplata dalla legge; un quadriennio di L. 1800 e due di L. 1500. Qualora il vincitore del concorso vantasse un periodo di servizio di considerevole durata presso qualche altro laboratorio batteriologico, potranno essergli assegnate già all'atto della nomina una o due delle aggiunte di carriera sopraindicate. Compito di procedere alle autopsie. Direzione della instituenda stazione antirabbica, con speciale adeguata rimunerazione. Divieto del libero esercizio. Triennio di prova. Chiedere annunzio al Municipio (Sezione II).

VEIANO (*Roma*). — L. 7000; c.-v.; L. 300 per uff. san.; L. 500 per disag. resid.; L. 200 per l'arm. farm. Scad. 30 aprile.

Medico giovane cerca interinato ovunque, buona retribuzione. Dott. Busacca, v. della Vite 58, Roma.

Diffide.

Nuove diffide: Consorzio Fortuo-Ailoche-Guardabusone (Novara), Mercato Saraceno (Forlì) per Sinaro, Finale Emilia (a chirurgo direttore dell'Ospedale).

Revoca di diffide: Castelnuovo Rangone (Modena), Poggio Mirteto (Perugia) per la 2ª condotta.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Mario Varanini, Trieste; prof. Guido Pedrazzoli, Milano.

Cavalieri: dott. Francesco Melloni, Ferrara; dott. Giacinto Moramarco, Altamura (Bari); dottor Carmelo Gustinelli, Bibbiena (Arezzo).

Roma. — La Facoltà medica ha conferito il premio di fondazione Corsi per la clinica chirurgica al dott. Augusto Cassuto.

NOTIZIE DIVERSE.

Visita di Chirurghi inglesi.

Il «Surgical Club», costituito da 25 Chirurghi delle Università inglesi, esclusa quella di Londra, e del quale è presidente Thorburn di Manchester e sono vice-presidenti Moynihan di Leeds e Whitelock di Oxford, è venuto in Italia e si è fermato a Roma per visitare le Cliniche Universitarie ed i Reparti Ospitalieri della città.

Facevano parte della Comitiva, oltre al Presidente ed ai Vice-Presidenti, il Turner, il Thompson, il Marnok, il Cook, il Burgros, il Kelly, il Pringle, il Simpson, il Parry, il Morley, l'Anderson, il Drummond, il Barling.

Hanno visitato la R. Clinica Chirurgica diretta dal prof. R. Alessandri, la R. Clinica Traumatologica Ortopedica diretta dal prof. Dalla Vedova, la R. Clinica Ostetrica-Ginecologica diretta dal prof. Pestalozza, ed i Reparti Chirurgici al Policlinico diretti dai proff. Bastianelli e Margarucci, assistendo ovunque a numerosi ed importanti atti operativi.

Hanno poi visitato tutte le altre Cliniche Universitarie e gli altri Reparti Medici del Policlinico.

I Chirurghi inglesi hanno riportato un'ottima impressione dalle diverse visite alle Cliniche ed ai Reparti Ospitalieri, ed hanno espresso più volte il loro entusiasmo per quanto avevano veduto, e fatte le loro congratulazioni ai Direttori delle Cliniche e dei Reparti Ospedalieri.

I proff. Alessandri, Pestalozza, Dalla Vedova, Bastianelli, Margarucci invitarono i Colleghi inglesi ad un pranzo all'Hôtel Excelsior, al quale presero parte anche gli altri Primari chirurghi degli Ospedali di Roma proff. Cassini e De Fabii. La cortesia dei Chirurghi romani fu contraccambiata dai colleghi inglesi con un pranzo che questi offrirono al Grand-Hôtel ed al quale invitarono anche i Primi Aiuti delle Cliniche e dei due Reparti Ospedalieri del Bastianelli e del Margarucci.

In queste occasioni gli ospiti inglesi espressero ancora per mezzo del Presidente e dei Vice-Presidenti la loro profonda soddisfazione per quanto avevano visto nei nostri Istituti ed il loro entusiasmo per l'Italia nostra.

Omaggio al prof. V. Ascoli.

Il prof. V. Ascoli, direttore della Clinica Medica di Roma e nostro Redattore capo, è stato nominato Cavaliere di Gran Croce della Corona d'Italia. L'alta onorificenza è stata concessa in riconoscimento delle qualità dell'uomo e dell'opera spiegata nell'organizzare l'Istituto di Clinica medica, che rappresenta quanto di più completo e di più moderno si può attuare in fatto di insegnamento a letto del malato, e d'organizzazione di laboratorii per indagini mediche.

La motivazione dell'onorificenza è premio particolarmente gradito per chi energia costante ed illuminata ha dedicato a questa magnifica opera di ricostruzione, e slancio giovanile ha trasfuso nel personale che lo coadiuva.

Con spontanea manifestazione gli allievi hanno voluto festeggiare l'avvenimento, e, martedì scorso, le insegne e fiori sono stati offerti da tutta la studentesca convenuta nell'aula di Clinica medica.

Festa indimenticabile, palpitante di commozione: un sentimento di stretta unione intorno all'animatore di una scuola, una intima comunione di lavoro e di intenti erano contenuti nell'applauso scrosciante che ha accolto l'ingresso del Maestro.

Nelle parole rivolte al prof. Ascoli tutti sentivano non il discorso d'occasione, ma l'espressione di un affetto filiale e di una devozione lungamente contenuta. Ha parlato commosso il Maestro ricordando difficoltà superate, facendo balenare la grande passione che lo spinge e che è auspicio sicuro per l'avvenire della scuola.

Noi della Redazione, che apparteniamo ad una delle famiglie intellettuali, per le quali l'opera sua migliore Egli profonde, uniamo i nostri ai voti dei suoi allievi.

Corso accelerato di patologia e clinica delle malattie tubercolari.

Si porta a conoscenza degli interessati che in conseguenza delle prossime elezioni politiche, si è stimato necessario prorogare di un mese il 2° corso accelerato di patologia e Clinica delle Malattie tubercolari presso la R. Clinica Medica di Genova che, come fu precedentemente annunciato, doveva iniziarsi il 18 aprile p. v. Tale corso avrà perciò inizio il 19 maggio e terminerà il 19 giugno.

Congresso Internazionale d' Urologia.

Il 1° Congresso della Società Internazionale di Urologia è indetto a Parigi dal 5 al 7 luglio, sotto la presidenza del prof. Legueu (Parigi) coadiuvato dai vice-presidenti proff. Verhoogen (Bruxelles) e Brongersma (Amsterdam). I temi delle tre relazioni sono: 1° Le nefriti a sindrome uremigena, relatori: Hogge (Liegi), Honder (Londra), Foster (New York), Teissier (Lione); 2° Risultati remoti del trattamento dei traumi dell'uretra; relatori: Kidd (Londra), Gardini (Bologna), Pasteau (Parigi; 3° La pielografia, relatori: Lasio (Milano), Papin (Parigi), Waters e Young (Baltimora).

IV Congresso Nazionale della Vigilanza Igienica.

A causa dell'apertura della nuova Camera, fissata con D. R. per il giorno 11 giugno p. v., la data del IV Congresso Nazionale, indetto già a Trento per il 9-13 giugno p. v., è stata anticipata, stabilendo che il convegno abbia luogo nei giorni *29-30-31 maggio, 1-2 giugno p. v.*

Verranno prossimamente resi noti l'ordine dei lavori ed il programma dei festeggiamenti. Per informazioni rivolgersi al segretario generale dottor Giovanni Palomba, Roma-25, via Vittorio Veneto, n. 96.

Scambio di professori universitari.

Il Console italiano a Boston ha proposto al nostro Governo uno scambio di professori universitari italiani delle Facoltà scientifiche con professori dell'Università Harvard, che ha 400 insegnanti e circa 6000 studenti.

Sono stati invitati a tenere corsi di lezioni presso l'Università di Londra alcuni professori olandesi e cioè:

Einthoven di fisiologia, Ariens Kappers di cardiologia, Salomonsens di neurologia, Bolk di anatomia, Boeke di embriologia e Hamburger di fisiologia.

Un ambulatorio italiano d'igiene scolastica al Cairo.

Il prof. Camillo Barba Morrhy, docente alla Facoltà medica di Roma, si è recato al Cairo per incarico del Ministero degli Esteri, allo scopo di fondarvi e dirigere un ambulatorio medico per gli alunni delle scuole italiane.

Egli ha ottenuto un locale provvisorio nella scuola «Giuseppe Garibaldi»; in tempo non lontano verrà costruito un locale definitivo.

L'ambulatorio comprende una stanza del medico per l'esame degli scolari e per la redazione delle *carte biografiche;* un laboratorio di chimica e microscopia clinica per l'accertamento delle diagnosi; ed una sala di pronto soccorso. Il dirigente verrà coadiuvato da una vigilatrice scolastica.

Il Morrhy, come i nostri lettori sanno, aveva già impiantato e diretto a Tripoli per circa dodici anni la Poliambulanza «Guido Baccelli», che esplicò opera utilissima, sanitaria e di propaganda, prima della nostra occupazione; in seguito egli trasformò l'Ospedale Civile di Tripoli secondo le moderne vedute, intitolandolo a Vittorio Eman. III.

Tra i suoi studi merita di essere ricordato quello sulla fisiopatologia e la chirurgia dei seni della dura madre.

Istituto Blackfordista italiano

Il «blackfordismo», che studia sperimentalmente con metodi scientifici le attitudini fisiche e psichiche dei futuri lavoratori, si è affermato con ottimi successi nell'America del Nord.

Per la munificenza dell'ing. Francesco Menafoglio, sorgerà fra breve a Modena un primo Istituto blackfordista italiano. Il dott. Ugo Pizzolo è stato incaricato di fondare il laboratorio e di dirigerlo; l'amministrazione verrà retta dall'avv. Enrico Ferri.

Contro il tifo esantematico.

Tra i direttori di grandi Compagnie di navigazione si è tenuta a Parigi una Conferenza, alla quale ha partecipato l'ex-generale medico Rupert Blue, delegatovi dagli Stati Uniti, per concretare le norme relative all'ispezione ed alla pulizia personale degli emigranti che lasciano i porti Europei, avendo di mira la profilassi del tifo esantematico.

Il Governo degli Stati Uniti ha inviato degli ispettori sanitari nei principali porti d'Europa, per esaminare i passeggeri di 2ª classe in partenza per gli Stati Uniti ed accertare che siano immuni dal tifo esantematico.

Il Senato Nord-Americano ha stanziato la somma di 200,000 dollari per istituire una stazione quarantenaria contro il tifo esantematico a Rosebank.

Il focolaio di tifo esantematico prodottosi a Trieste, dovuto a emigranti jugo-slavi e da cui erano giunti alcuni casi in America destando un gravissimo allarme, è stato completamente domato.

Nel giornalismo medico.

«The American Journal of Tropical Medicine» sarà organo ufficiale della Società Americana di Medicina Tropicale; uscirà in fascicoli bimestrali; ne sarà redattore-capo H. J. Nichols, del Servizio Sanitario Militare degli Stati Uniti; il corpo redazionale comprende valorosi cultori americani della medicina e dell'igiene tropicale.

Il periodico verrà edito dalla Williams & Wilkins Company di Baltimora Md. (Mount Royal and Guilford Avenues); l'abbonamento annuo per gli Stati Uniti importa 5 dollari; per il Canadà 5.25; per tutti gli altri Paesi 5.50.

Augurii.

Farmacopea omeopatica.

Un recente D. R. stabilisce che venga redatta in Italia una Farmacopea omeopatica.

Il decreto è così concepito:

Art. 1. — Il Ministro dell'Interno, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, al quale, per l'occasione, saranno aggiunti tre esperti in omiopatia, da nominarsi con decreto del Ministro stesso, curerà, entro sei mesi, la redazione di una Farmacopea omeopatica, in aggiunta alla Farmacopea ufficiale.

Art. 2. — Con altro decreto saranno determinate le norme per la vendita dei medicinali iscritti in quella Farmacopea.

Popolazione degli Stati Uniti.

Il censimento del 1° gennaio 1920 ha dato 105 milioni e 683,108 abitanti, contro 91,971,266 del 1910 e 75,934,575 del 1900 nel territorio continentale degli Stati Uniti d'America, esclusa la popolazione dell'Alaska e i militari e marinai residenti all'estero.

Popolazione della Germania.

Secondo il censimento dell'8 ottobre 1919, la popolazione della Germania era di 59,668,000 abitanti contro 63,052,000 del 1910.

Il giubileo del prof. Keen.

I chirurghi americani hanno festeggiato l'84° anniversario del grande chirurgo di Filadelfia, prof. W. W. Keen, la cui reputazione è mondiale.

Il prof. Taylor gli ha consegnato un busto in bronzo, modellato da Samuel Murray.

Gli sono giunti augurii da tutte le parti del mondo.

In memoria di Gaetano Strambio.

Alla presenza di autorità, congiunti, amici ed ammiratori, venne inaugurata a Milano una lapide in memoria dell'illustre medico. La lapide, collocata nella facciata della casa ove egli abitò, in via Bigli, reca l'inscrizione: «Gaetano Strambio Medico insigne - Pellagrologo, docente, scrittore Patriota ardente - Ordinatore delle ambulanze nelle Cinque Giornate - Qui abitò e morì». Disse il discorso commemorativo il dott. comm. A. Bertarelli.

Si è spento a Berlino, in età di 54 anni, il professor ALBERTO ALBU, valoroso patologo e chimico fisiologo; ha compiuto pregevoli studi sulla patologia della costituzione, sulle auto-intossicazioni intestinali, sull'alimentazione vegetariana, sull'ulcera duodenale; col Neuberg ha redatto un «Trattato di fisiologia e patologia del ricambio minerale»; ha scritto il capitolo sull'«Analisi delle feci» nel manuale dello stesso autore. F. G.

La scienza italiana ha subìto una perdita grave con la morte del prof. GINO GALEOTTI.

Di lui tratterà nel prossimo fascicolo il professor Francesco Pentimalli, che per lunghi anni ne è stato il coadiutore apprezzato.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed resp.

ANNO XXVIII · Roma, 2 Maggio 1921 Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FISIOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Osservazioni sopra la legge di Sherrington della innervazione reciproca dei muscoli antagonisti.

P. DORELLO.

Sotto la denominazione di *Legge della reciproca innervazione dei muscoli antagonisti* di Sherrington sono comprese quelle norme che regolano il tono di un muscolo o di un gruppo muscolare durante la contrazione dei muscoli antagonisti.

Se si volesse essere giusti questa legge dovrebbe chiamarsi legge di C. Bell poichè questo fisiologo fin dal 1836 rilevò che se si stacca l'inserzione di un muscolo estensore e vi si appende un peso, durante la contrazione del muscolo flessore antagonista l'estensore si allunga ed il peso si abbassa.

Queste osservazioni di Bell parvero dimenticate e nella scuola di Du Bois-Reymond si sostenne che quando un muscolo si contrae entra pure in contrazione il suo antagonista.

Sherrington nel 1893 ripose in nuova luce l'antica osservazione di Bell. Egli mostrò che se in una scimia si taglia il 3° e 4° nervo craniale di sinistra, determinando così la paralisi di tutti i muscoli oculomotori di sinistra fatta eccezione del retto esterno, stimolando dopo qualche tempo il centro corticale che produce la deviazione coniugata degli occhi a destra si ottiene deviazione in fuori dell'occhio destro e nello stesso tempo l'occhio sinistro che

prima era abdotto devia alquanto verso l'interno in modo che il centro della cornea raggiunge il piano mediano dell'orbita.

L'anno appresso mostrò che lo stesso fenomeno si poteva avere con stimoli subcorticali cioè della capsula interna e finalmente poteva avvenire pure sotto gli impulsi volontari dell'animale quando questo guardava verso destra.

Più tardi Topolansky ottenne gli stessi risultati con un altro procedimento: egli distaccò le inserzioni dei muscoli retti laterale e mediale, li mise in rapporto con due leve e trovò che la contrazione dell'uno determinava un allungamento dell'altro.

I fenomeni osservati da Sherrington furono da questo autore attribuiti ad un rilasciamento che egli chiamò attivo del muscolo retto laterale di sinistra cioè ad un allungamento capace di determinare un movimento in senso opposto a quello che avrebbe prodotto la sua contrazione.

Hering dapprima si mostrò contrario ad ammettere un rilasciamento attivo, ma poi si accostò alle idee di Sherrington ed insieme con lui stabilì che il rilasciamento dell'antagonista avviene prima che si manifesti l'azione dell'agonista.

Biedermann già qualche anno indietro aveva cercato di dare una spiegazione anatomica di un fenomeno quasi simile che si verifica in certi invertebrati. Siccome il nervo che va alle chele degli artropodi sotto una debole eccitazione ne determina l'apertura, sotto una forte eccitazione la chiusura, Biedermann studiò la costituzione di detto nervo e vide che e' a formato di fasci grossi e piccoli i quali non solo decorrevano paralleli, ma anche si dividevano parallelamente ed immaginò che le due specie avessero ufficio differente, che le piccole fossero inibitrici, le grosse motrici.

Le esperienze sui muscoli oculari furono estese anche ai muscoli degli arti con uguale risultato anche per opera di altri ricercatori come il Verworn.

Ma anche la clinica vi ha portato il suo contributo: così nella paralisi unilaterale completa del faciale tutte le volte che si invita il malato a chiudere gli occhi, mentre l'occhio della parte sana si chiude completamente, in quello della parte malata si ha un lieve abbassamento della palpebra superiore, il quale deve attribuirsi al rilasciamento dell'elevatore della palpebra stessa.

***

Numerose e discordanti sono le spiegazioni date al fenomeno di Sherrington.

Alcuni hanno ammesso che il fenomeno stesse unicamente sotto la dipendenza del neurone motore periferico, il quale colle collaterali emesse dal suo clindrasse (collaterali ricorrenti) od anche, contro la legge della polarizzazione, con alcuni dei suoi prolungamenti protoplasmatici andrebbe ad inibire il neurone motore periferico antagonista.

Altri ammettono che il fenomeno si compia nell'arco riflesso spinale. L'aumento della tensione di un muscolo che si contrae determina una eccitazione dei suoi apparecchi sensitivi, la quale seguendo la via dei riflessi produce un abbassamento del tono del muscolo antagonista. Infatti se nel gatto si distende e si comprime il bicipite femorale si ha un rilasciamento del quadricipite ed una diminuzione del riflesso rotuleo.

Secondo altri il fenomeno sarebbe molto più complesso e starebbe sotto la dipendenza dei neuroni motori centrali, ma anche in questa concezione vi sono due teorie: alcuni cioè ammettono che le fibre discendenti centrali poco prima di raggiungere il neurone periferico si biforchino in modo che un ramo va alla cellula da eccitare, l'altro alla cellula da inibire. Altri invece, non volendo ammettere che la stessa fibra porti contemporaneamente un'azione stimolante ed una inibente, ammettono che dai centri corticali scendano parallele due specie di fibre, le une che hanno azione eccitante sopra un neurone periferico, le altre che hanno azione inibente sopra il neurone antagonista del primo.

***

Riserbandomi di esporre in un'altra nota i risultati di esperienze che possono rendere più chiara la spiegazione del fenomeno, mi limiterò per ora a dimostrare come i fatti rilevati da Sherrington possano essere di valido aiuto negli esami clinici.

Così per esempio noi dallo stato di rilasciamento dei muscoli antagonisti potremo giudicare se un individuo, che sia invitato a compiere un determinato movimento, metta in azione colla dovuta energia i muscoli destinati ad eseguirlo.

Occorre però che prima di formulare un giudizio di assoluta certezza sia stabilito se la legge di Sherrington si verifica costantemente oppure se in determinati casi possa subire eccezioni.

Il rilasciamento attivo degli antagonisti nel modo come fu concepito da Sherrington riesce molto utile perchè annulla la resistenza passiva di questi muscoli ed anzi trasformandola in forza attiva rende più valida la contrazione del gruppo muscolare: ma d'altra parte può riuscire nociva in quei movimenti che interessano articolazioni fornite di meccanismi pas-

sivi di unione poco validi, cioè nelle articolazioni poco serrate. È infatti evidente che in queste articolazioni se un gruppo muscolare che agisce su di esse si contrae e l'antagonista si rilascia, un notevole sforzo viene ad esercitarsi sui legamenti, i quali per la loro lassezza possono consentire che i capi articolari subiscano spostamenti reciproci anormali. Allora perdendosi la relativa immobilità del fulcro si ha non solo un dispendio di energia, ma sopravviene anche il pericolo che sotto l'azione della potenza muscolare e delle resistenze esterne si abbia la perdita dei normali rapporti dei capi articolari.

È ben vero che in molte articolazioni questo inconveniente è evitato, perchè in corrispondenza di esse mentre due gruppi antagonisti entrano in azione seguendo la legge di Sherrington per determinare il movimento, vi sono altri gruppi muscolari, pure essi antagonisti. che contrariamente alla legge di Sherrington si mettono contemporaneamente in contrazione e neutralizzando reciprocamente la loro azione di movimento agiscono come fissatori. È perciò chiaro che muscoli antagonisti quando agiscono come fissatori non debbano seguire la legge di Sherrington. Altre volte la stessa azione fissatrice è prodotta da una parte dalla tensione di un legamento e dall'altra parte dall'azione di un muscolo.

Ma non tutte le articolazioni sono così riccamente circondate da muscoli che possano dividersi le funzioni di motori e di fissatori.

Studiando questi fenomeni nelle varie articolazioni del corpo umano io mi sono potuto convincere che nei muscoli i quali agiscono sulle articolazioni dell'asse del corpo la legge di Sherrington si verifica. Invece nei muscoli che agiscono sulle articolazioni degli arti si possono verificare delle eccezioni a questa legge e tali eccezioni possono a prima vista sembrare inesplicabili poichè può avvenire che nella stessa articolazione durante il movimento di flessione la legge si verifichi e faccia invece eccezione durante il movimento di estensione.

Questa differenza di comportamento trova la sua piena spiegazione nella forma dei capi articolari.

Nella presente nota mi limiterò ad esporre i vantaggi che si possono ottenere negli esami clinici applicando la legge di Sherrington ai muscoli dell'asse del corpo, i quali, come già ho detto, seguono esattamente questa legge.

Le esperienze sono state fatte su giovani studenti che godevano piena salute e quindi si riferiscono a fenomeni che avvengono nello stato fisiologico: però anche i pochi casi patologici, che ho potuto esaminare mercè la cortesia di egregi colleghi, hanno dato lo stesso risultato. Con ciò io non voglio certo affermare che in casi patologici e specialmente nelle alterazioni del sistema nervoso non possano verificarsi anche nei muscoli dell'asse del corpo eccezioni alle leggi di Sherrington, ma di tali eccezioni io non voglio occuparmi lasciando ai clinici il compito di determinarle.

Le contrazioni furono fatte eseguire impedendo al muscolo in contrazione di accorciarsi e ciò perchè il muscolo antagonista che si rilasciava non fosse stirato, il che equivaleva a rendere più evidente il suo rilasciamento.

I muscoli dell'asse del corpo, come ho già accennato, seguono perfettamente la legge di Sherrington, cioè quando si contrae un muscolo flessore od estensore il suo antagonista entra in uno stato di rilasciamento, il quale è tanto maggiore quanto più energica è la tensione del primo. Che tale fenomeno dovesse verificarsi era ben prevedibile, inquantochè tutte le articolazioni che uniscono le singole vertebre e l'articolazione occipito-atlo-assoidea sono rappresentate da sinartrosi associate con diartrosi con assoluta predominanza delle prime, salvo l'articolazione occipito-atlo-assoidea; sono quindi articolazioni molto serrate, in modo che essendo validissima l'unione tra le singole vertebre sono assai limitati i movimenti di ciascun segmento sull'altro. Si deve solo al grande numero di articolazioni che si trovano associate una appresso all'altra se la colonna vertebrale gode nel suo insieme di una sufficiente mobilità.

Ogni medico sa come l'esame degli organi profondi venga difficoltato dalla tensione dei muscoli che li ricoprono e perciò in ciascun esame cerca di dare all'ammalato quella posizione, nella quale tale tensione sembra meno forte: raramente però vengono utilizzate tutte quelle condizioni che valgono a rendere l'esame più favorevole.

Io ho voluto applicare la legge di Sherrington per raggiungere tale scopo ed ecco i risultati ai quali sono giunto.

Esame della nuca. — Se noi appoggiamo una mano sulla nuca del soggetto e lo invitiamo ad estendere il capo ed il collo, mentre coll'altra mano poggiata dietro la testa gli impediamo di compiere il movimento, avvertiremo la massima tensione dei muscoli della nuca. Questa tensione diminuisce quando noi invitiamo il soggetto a tenere senza altro il capo eretto, perchè allora questi muscoli debbono solo compiere lo sforzo necessario ad impedire la caduta del capo innanzi. Se poi invitiamo il soggetto a poggiare naturalmente la fronte sulla mano, tenendo il

capo ed il collo leggermente flessi, la tensione dei muscoli della nuca diminuisce ulteriormente. Se finalmente colla mano poggiata contro la fronte del soggetto gli impediamo di compiere la flessione del capo e del collo, la mano che poggia sulla nuca avverte molto più nettamente che non nei casi precedenti una vera caduta della tensione muscolare. Il soggetto per vincere la resistenza, che si opponeva alla flessione del capo e del collo, mentre ha messo in azione tutti i muscoli atti a compiere tale movimento, cioè il lungo del collo, i retti anteriori del capo, gli scaleni e lo sternocleidomastoideo, ha contemporaneamente rilasciato i muscoli antagonisti, cioè il trapezio, lo splenio, e gli altri muscoli della nuca, ma specialmente il grande complesso, per cui noi affondando le dita lungo il piano mediano attraverso il legamento della nuca rilasciato possiamo palpare le apofisi spinose delle ultime 6 vertebre cervicali e spesso apprezzarne anche la bifidità.

Invece nella posizione indifferente di solito non palpiamo che le apofisi spinose della 2ª, 6ª e 7ª vertebra cervicale ed occorrono speciali condizioni di scarso sviluppo dei muscoli della nuca o di notevole lunghezza delle apofisi spinose perchè noi possiamo palpare anche le vertebre intermedie.

Esame delle vertebre lombari. — Si pone l'individuo diritto col terzo medio della faccia posteriore delle coscie poggiato contro un ostacolo, come per esempio un asse posto trasversalmente, e lo si invita a flettere il tronco, mentre un aiutante poggiando le due mani contro le spalle gli impedisce di compiere il movimento.

Se si tiene una mano sulla massa sacrolombare si avverte subito un rilasciamento di questa, tale da permettere di affondare le dita sui lati delle apofisi spinose e compiervi una esplorazione atta a determinare se vi sono ispessimenti, deformazioni, neoformazioni ossee, ecc. Con tale mezzo si può anche fare una palpazione molto più profonda della massa sacrolombare e localizzarvi meglio i punti dolorosi.

Palpazione dell'addome. — La difficoltà della palpazione degli organi addominali è determinata dalla tensione delle pareti addominali, che può derivare o da un aumento del contenuto o da un insufficiente rilasciamento o da una vera contrazione dei suoi muscoli, come si verifica negli stati di difesa. Perciò molti clinici si sono occupati dei metodi di esame degli organi addominali ed alcuni come l'Hausmann ne hanno fatto oggetto di speciali trattazioni. Anche recentemente il professore Maurizio Ascoli di Palermo in una breve nota consiglia di porre l'ammalato supino colle coscie flesse sull'addome, colle gambe flesse sulla coscie, obbligandolo ad afferrare le proprie caviglie ed a stringerle fortemente. In tale posizione ottiene un rilasciamento delle pareti addominali, che l'autore attribuisce alla contrazione di altri gruppi muscolari non precisati, ed a uno stato di distrazione in cui entra l'ammalato per lo sforzo che compie.

Il fenomeno descritto dall'Ascoli effettivamente si produce, ma la spiegazione di esso è alquanto differente. Essa infatti va cercata nelle leggi che regolano la innervazione reciproca dei muscoli antagonisti. Infatti nella posizione proposta dall'Ascoli si ha una forte distensione del muscolo grande gluteo con rotazione del bacino e distensione della massa sacrolombare e specialmente del muscolo ileocostale per cui si ha un rilasciamento dei muscoli antagonisti e specialmente dei muscoli della parete addominale. Però la posizione riesce assai incomoda tanto per l'ammalato come per il medico, il quale ha poco libero il campo che deve esaminare e di ciò si è reso conto lo stesso Ascoli. Perciò egli ha proposto di fare assumere la posizione predetta ad un solo arto, mantenendo l'altro disteso: in tal caso io ho potuto facilmente verificare che il rilasciamento dell'addome si produce da una sola parte, cioè da quella in cui si ha la flessione della gamba e della coscia il che è pienamente conforme alla legge di Sherrington.

Per rendere facile la palpazione dell'addome oltre ad avere libero il campo da esplorare occorrono queste due condizioni: rilasciamento dei muscoli addominali, minima distanza tra il margine anteriore del bacino e le arcate costali. Queste condizioni si possono ottenere nel seguente modo: si pone il soggetto supino, gli si fanno flettere le gambe in modo che formino colle coscie un angolo quasi retto e poi lo si invita a sollevare il bacino tanto quanto basta perchè le natiche si sollevino sul piano di decubito di 2 a 4 dita. Il soggetto in tal modo poggia sulle spalle e sui piedi. Egli deve inoltre mettersi in posizione espiratoria.

Vediamo come si comportano i vari gruppi muscolari in questa posizione. Primieramente si contraggono tutti i muscoli spinodorsali nei loro segmenti dorsale e lombare determinando una estensione della corrispondente colonna vertebrale ed aumentandone la curva lombare, diminuendone la dorsale.

La contrazione di questi muscoli produce senza altro un rilasciamento dei muscoli an-

tagonisti, cioè del grande retto e dei muscoli larghi dell'addone: ma questo rilasciamento potrebbe essere annullato dal fatto che la estensione della colonna lombare e dorsale per sè sola determina un allontanamento delle arcate costali del margine anteriore del bacino, allontanamento che dovrebbe essere aumentato dal fatto che il muscolo ileocostale tirando in alto la parte posteriore della cresta iliaca tenderebbe ad aumentare l'inclinazione del bacino.

Questa rotazione del bacino, le cui conseguenze sarebbero in parte ovviate dalla posizione espiratoria, di fatto non succede, poichè per mantenere le natiche sollevate sul piano di decubito occorre che entrino in valida contrazione il grande gluteo per la sua funzione di estensore della coscia ed i muscoli della regione posteriore della coscia stessa per il loro doppio ufficio di estensori della coscia e flessori della gamba. Ma il grande gluteo contratto, siccome in tale posizione prende punto fisso sul femore tira in basso la parte dorsale della cresta iliaca é naturalmente determina un sollevamento della parte anteriore di detta cresta cioè diminuisce l'obliquità del bacino: lo stesso effetto e per le stesse ragioni produce la contrazione dei muscoli della regione posteriore della coscia che agiscono sull'ischio, cioè alquanto dorsalmente al piano frontale che passa pel centro dell'acetabolo. Ma la contrazione degli estensori della coscia determina un rilasciamento dei flessori di essa, cioè dello psoasiliaco e del retto anteriore della coscia. Il rilasciamento del primo specialmente per la sua porzione iliaca dà una maggiore libertà al bacino; il rilasciamento del retto anteriore permette un ulteriore innalzamento del margine anteriore del bacino che compensa largamente gli effetti della contrazione dei muscoli del dorso.

Così si verificano contemporaneamente le due condizioni favorevoli per un buon esame degli organi addominali, cioè rilasciamento dei muscoli della parete addominale e diminuzione della distanza tra il pube ed il processo xifoideo, e questi fatti si determinano automaticamente senza che vi sia bisogno di ammaestrare l'ammalato, di suggestionarlo, di distrarlo.

Come è facile prevedere nei vari soggetti si verificano differenze nella evidenza colla quale si manifestano i fenomeni che ho descritto, ma ciò non può infirmare il loro valore generale. Occorre quindi nei singoli casi utilizzare quelle condizioni che possono meglio integrare le manifestazioni della legge di Sherrington. Il compito di meglio determinare queste condizioni spetta ora ai clinici: a me basta di aver accennato in linea generale come dall'applicazione delle leggi fisiologiche e dalle cognizioni anatomiche si possono trarre elementi atti a rendere scientificamente più perfetto l'esame dell'ammalato.

***

Dalle osservazioni fatte si può dedurre che nell'asse del corpo l'aumento della tensione di un muscolo o di un gruppo muscolare produce un rilasciamento dei muscoli antagonisti.

Ogni muscolo presenta quattro gradi principali della sua tensione.

La massima tensione si ha quando un muscolo nella sua contrazione incontra una resistenza posta al di fuori del corpo: così, prendendo ad esempio i muscoli della nuca, questi presentano la massima tensione quando noi nell'estendere la testa ed il collo vogliamo vincere una resistenza esterna che si oppone a tale movimento.

Una minore tensione si ha quando il muscolo deve vincere solo una resistenza che ha la sua sede nell'interno del nostro corpo, come succede nei muscoli della nuca, quando nella stazione eretta debbono impedire la caduta del capo innanzi.

Un grado ancora minore di tensione si determina quando con un artificio si annulla questa resistenza che potrei chiamare interna, come avviene nei muscoli della nuca quando poggiamo la fronte sulla mano.

Finalmente il minimo grado di tensione, ed in tal caso è meglio dire il massimo grado di rilasciamento, si ha quando il muscolo antagonista si contrae, ma per mezzo di un ostacolo se ne impedisce il raccorciamento in modo che esso acquisti la massima tensione.

In tal caso quanto più forte è la tensione di un muscolo tanto maggiore è il rilasciamento del suo antagonista.

LETTERATURA.

Ascoli M. *Di un artificio per agevolare la palpazione dell'addome.* Riforma Medica, anno XVI, 1920.

Bell C. *Untersuchungen des Nervensystem.* Uebersetzt von Romberg, 1836.

Biedermann. *Ueber die Innervation der Krebsschere.* Sitzungsb. d. K. K. Akad. der Wissensch. Wien, 1888.

Graham Brown. *Die Reflexfunktionen des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der rhithmischen Tätigkeiten beim Saügetieren.* Ergebnisse der Physiologie, Bd. XV, 1916.

Hering. *Beitrag zur Frage der gleichzeitigen Thätigkeit antagonistisch wirkender Muskeln.* Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. XVI, 1895.

Idem. *Die intracentralen Hemmungsvorgänge und ihrer Beziehung zur Skelettsmuskulatur.* Ergebnisse der Physiologie, 1 Jahrg. 1902.

HOFFMANN. *Einige Fragen der Augenmuskelinnervation.* Ergebnisse der Physiologie. Bd. V, 1906.

SHERRINGTON. *Note on the knee-jerk and the correlation of antagonistic muscles.* Proc. Roy. Soc., vol. LII, 1892.

IDEM. *Further experimental note on the correlation of action of antagonistic muscles.* Ibidem, vol. LIII, 1893.

IDEM. *Experimental note on two mouvements of the Eye.* Journ. of Physiologie, Vol. XVII.

IDEM. *On reciprocal innervation of antagonistic muscles.* Proc. Roy. Soc. vol. LX, 1897.

TOPOLANSKY. *Das Verhalten der Augenmuskeln bei centralen Reizung.* Graefes Arch., XLVI. 1898.

VERWORN. *Die allgemein-physiologischen Grundlagen der reziproken Innervation.* Zeitschr. f. allgem. Physiol., Bd. XV, 1913.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

POLICLINICO UMBERTO I. - ROMA.
REPARTO ISOLAMENTO.
Aiuto prof. S. RICCIUTI.

Un caso di ascesso del lobo frontale destro da sinusite postmorbillosa

pel dott. REMO MONTELEONE, assistente.

L'ascesso del lobo frontale non è tanto frequente; spesso epifenomeno di uno stato infettivo è, ordinariamente, la conseguenza di un'affezione della teca cranica; nella sua etiologia entrano quindi i traumi lievi o gravi — per lo più colpi di pietra o d'arma da fuoco — portati sulle ossa frontali, sull'orbita, talora sull'orecchio.

In taluni casi non sono traumi ma affezioni varie e dell'orecchio e dell'orbita e dei seni frontali ed etmoidali.

Jeanne A. descrisse un caso di ascesso del lobo frontale consecutivo alla distruzione dell'osso frontale causata da un epitelioma dell'angolo interno della regione orbitaria destra. In rari casi nel decorso dell'erisipela, più spesso dopo un'influenza si è visto verificarsi una sinusite frontale od etmoidale e consecutivamente un ascesso frontale. Nè la tubercolosi rimane assente nella patogenesi: nell'interessante caso, infatti, di Savy e Charlet si trattava di un ascesso sterile consecutivo ad osteite tubercolare del frontale destro, in quello di Luc di un ascesso susseguente ad una sinusite fungosa frontale.

Merita quindi, data la sua poco comune etiologia, che illustri il caso seguente caduto sotto la mia osservazione.

D. G., di anni 17, religioso inglese, narra di essere stato bene fino all'ottobre 1920.

Proveniente dall'Inghilterra, ammala a Torino sui primi del novembre successivo di morbillo: per tale affezione decorsa normalmente con modica flogosi delle mucose respiratorie ed oculari stette degente un mese: giunto in Roma nella prima settimana del dicembre notò farsi insistente un dolore in corrispondenza del mascellare superiore d. Il medico diagnosticata l'affezione come una nevralgia di origine dentaria estirpò un dente. Il dolore persistette.

Contemporaneamente a tale nevralgia il p. cominciò ad accusare modica cefalea, localizzata specialmente a d. nella regione sopraorbitaria, regione che a poco a poco andava tumefacendosi in uno con la palpebra superiore d. ed arrossandosi: pare vi fosse febbre modica. Ripetute applicazioni caldo-umide locali a nulla valsero in quanto il gonfiore della palpebra superiore d. e della corrispondente regione sopraorbitaria, con rossore locale, cefalea e febbre persistettero per tutta la prima quindicina di dicembre finchè il 18 ricovera in quest'Isolamento per sospetta erisipela.

L'esame obiettivo eseguito lo stesso giorno fa notare: ottime condizioni generali, sensorio integro, mediocre stato di nutrizione, cute e mucose pallide. Lingua patinosa.

All'es. ob. della parte incriminata si rileva una tumefazione che occupa tutta la parte inferiore della regione frontale d. e la regione della glabella. Anche la palpebra superiore d. appare aumentata notevolmente di volume. Tutta la zona tumefatta è arrossata, calda, dolente.

Alla palpazione mentre sulla regione frontale si rileva una infiltrazione con consistenza duro-elastica, tale consistenza sulla palpebra è molle con evidente fluttuazione. La palpebra inferiore è normale. Nulla si riscontra all'esame dell'occhio.

La temperatura è di pochi decimi superiore alla normale. Nelle urine vi è discreta quantità di albumina.

Il p. si lamenta di dolore in corrispondenza del mascellare superiore d. e di intensa cefalea.

Il giorno seguente all'ingresso la raccolta si apre spontaneamente ulcerando la palpebra: fuoriesce grande quantità di pus denso, cremoso, giallastro: tale pus continua nelle settimane seguenti a fuoriuscire sebbene in minore quantità: la cefalea persiste e viene sempre più dal p. localizzata alla regione sopraorbitale d.

Sei giorni dopo l'ingresso nel reparto il p. ha dei vomiti: l'osservazione insistente mostra che tali vomiti sono indipendenti dall'ingestione dei cibi: e si verificano una, due, tre volte al giorno.

Nei periodi successivi le condizioni del paziente sembrano migliorare: la febbre scompare solo di tanto in tanto notansi piccole elevazioni termiche; diminuisce la tumefazione frontale, scomparsa è la tumefazione della palpebra pur persistendo l'ulcerazione. Le urine non contengono albumina.

Il p. si, lamenta però sempre di cefalea e verso gli ultimi giorni di dicembre tiene costantemente la testa rivolta a sin.: i vomiti scompaiono.

Nei primi giorni di gennaio permanendo in tale stato il p. con la palpazione si rileva che al disopra dell'arcata sopraorbitaria di d. verso il suo terzo interno e verso la glabella,

esiste nell'osso una soluzione di continuo, lineare, irregolare: ivi la pressione rivela breve e sordo crepitio e risveglia vivo dolore.

Il sensorio dell'infermo integro in principio, si è alterato: il paziente vive in stato di indifferenza, di apatia verso tutto ciò che lo circonda: non chiede da mangiare. Per lo più mostra uno stato di sonnolenza: non comprende tutte le domande che gli sono rivolte, oppure risponde con notevole lentezza e tardivamente. Le sue risposte sono limitate a qualche parola di affermazione o di diniego. Non accessi convulsivi nè generali, nè parziali. Il polso è normale. L'ammalato perde le urine.

Il 10 gennaio la temperatura dai 36°-36°.5, dei giorni precedenti si è improvvisamente rialzata giungendo a 38°.5: il polso è frequente 110-120 al minuto. L'esame obiettivo, oltre il quadro generale suddescritto rivela i seguenti principali fatti a carico del sistema nervoso.

Decubito supino, passivo, obbligato: il capo rivolto a sinistra: nei tentativi che si fanno per volgerlo a destra il paziente accusa dolore e si difende.

Le palpebre sono ambedue abbassate.

L'oculomozione normale.

Normale il VII superiore e così il VII inferiore di destra: a carico del ramo inferiore del facciale di sinistra notasi che la plica naso labiale di sin. è spianata ed abbassata: nei movimenti respiratori si solleva passivamente più della opposta. Invitato il p. a mostrare i denti la plica poco si solleva.

Spiccato è il fenomeno di Chwostek a sinistra. A carico della nuca lieve rigidità.

Motilità degli arti superiori: indagando sulla resistenza alla motilità passiva di tali arti si rileva una notevolissima diminuzione, a sinistra del tono in confronto di quella opposta.

A carico della motilità attiva degli arti: facendo al p. tener sollevate le due braccia si nota che il sinistro ricade sul letto ben presto: per altro l'infermo è capace di compiere i fini movimenti delle dita, i movimenti del polso, quelli di pronazione e supinazione, la flessione del gomito.

Motilità degli arti inferiori: non posizioni abnormi: lieve diminuzione della *vis* a carico dell'arto inferiore sin. Nulla a carico del destro.

Motilità riflessa.

Le pupille sono di eguale ampiezza, reagenti alla luce ed all'accomodazione.

Il riflesso congiuntivale e corneale di sinistra sono aboliti.

Spiccato il riflesso masseterino bilateralmente.

I riflessi tendinei e periostali superiori mentre in un precedente esame obiettivo (8 gennaio) era stata rilevata la vivacità di tutti i riflessi, sono assenti.

Assenti bilateralmente i rotulei e gli adduttori.

Presenti bilateralmente gli achillei. Non clono.

Dei cutanei gli addominali sono debolissimi. Alla ricerca del Babinski gli alluci rispondono in ambo i lati plantarmente. Lieve Kërnig.

Ad un esame sommario della sensibilità che non si può indagare a fondo, dato lo stato generale dell'infermo si può rilevare soltanto una ipoestesia dolorifica lieve in tutta la metà sinistra.

Il p. perde le urine.

Le urine non contengono albumina nè zucchero.

L'esame oftalmoscopico per cause speciali non potè esser eseguito, sebbene richiesto. Non fu eseguita la puntura lombare.

Posta la diagnosi di *empiema del seno frontale d., ascesso del lobo frontale d.*, il p. fu inviato nel Reparto Chirurgico ed operato il 10 mattina dal prof. Alessandri. Previa narcosi viene inciso il bordo sopraciliare d.: si trova un foro nel frontale, parete anteriore del seno, dal quale viene pus fetido. Con la sgorbia si apre il seno: la parete posteriore è perforata: viene pus raccolto al di fuori della dura. Si amplia la breccia ossea: esiste un piccolo foro nella dura in prossimità della linea: si amplia con la forbice: fuoriesce grande quantità di pus fetido, contenuto in una cavità profonda circa 5 cm. che pare occupare tutto il lobo frontale destro. Si drena.

Il decorso postoperatorio è quanto mai felice: il giorno seguente il malato è perfettamente cosciente. Risponde bene alle domande: accusa appetito. La testa è deviata verso sinistra: l'emiparesi sinistra ancora accentuata. Presenti sono i riflessi congiuntivali e corneali di sinistra.

Il 12 gennaio persiste la paresi del VII inferiore di s. Quasi scomparsa la paresi degli arti corrispondenti. Persiste incontinenza di feci ed urine.

La temperatura dopo un lieve aumento postoperatorio è tornata normale. Il polso sempre oscillante fra i 115-130.

Il 14 gennaio: il sensorio è integro, il decubito supino. Il capo sempre rivolto a sin.: nei tentativi che si fanno per volgerlo a d., il p. reagisce vivamente accusando forti dolori al capo.

Paresi del VII inferiore di sin. sempre accentuata: lieve ipocinesia dell'arto sup. sin.

Il p. dice di avvertire bene i sapori e gli odori.

L'esame oftalmoscopico rivela:

O. S. — Papilla edematosa con stasi venosa. Piccole emorragie della retina.

O. D. — Papilla edematosa con offuscamento della retina circostante. Stasi venosa.

L'esame batteriologico del pus fuoriuscito dalla cavità cerebrale (eseguito dal prof. Campeggiani della clinica otorinolaringoiatrica) ha messo in evidenza uno streptococco.

Il 28 gennaio 1921 la temperatura è normale. La coscienza perfettamente limpida e così ottima è la memoria. Il p. non si lamenta di dolore alcuno. Non perde le urine.

Decubito indifferente. Nulla a carico degli oculo-motori. Paresi accentuata del VII inferiore di sinistra. Liberi ed indolori i movimenti del collo.

Tono degli arti superiori normale ed uguale. Il dinamometro misuratore della *vis* delle mani dà 45 a d., 42 a s. Motilità attiva normale in ogni segmento. Normale la motilità passiva e attiva degli arti inferiori.

Motilità riflessa: normali le pupille e ben reagenti.

Vivaci i riflessi congiuntivali e corneali.

Tendinei superiori assenti.
Rotuleo d. presente e normale; presente e debolissimo a s.
Achillei normali.
Addominali vivaci a d.: meno pronti a s.
Non Babinski.
Sensibilità tattile, termica, dolorifica: normali.
Senso stereognostico normale.
Il p. comincia a levarsi dal letto avviandosi verso la guarigione, talchè il 22 febbraio può esser dimesso dall'Ospedale. L'esame neurologico è completamente negativo, la paresi del VII inferore di sin. essendo anche scomparsa; l'esame oftalmoscopico mostra una ottica neurite bilaterale.

* * *

È fuor di discussione, nel caso in esame, la diretta filiazione dell'ascesso dal morbillo sofferto in ottobre dal paziente: è evidente infatti che sviluppatasi la flogosi delle mucose preesantematica, i germi, normalmente esistenti nel cavo nasale, esaltata la loro virulenza, anche per il favorevole terreno (si trattava di individuo gracile di costituzione con marcata anemia) per continuità attraverso il meato medio della fossa nasale d., l'*infundibulum* dell'etmoide, hanno dato luogo alla sinusite, all'empiema del seno frontale d., di qui per contiguità attaccata la parete posteriore e perforatala, come chiaramente fu dimostrato nell'atto operativo, fu facile la penetrazione ulteriore dei germi nella dura e nella sostanza cerebrale.

Oltre il lato patogenetico mette conto rilevare due dati dell'esame obiettivo:

1° La precocità della deviazione della testa verso il lato opposto alla lesione, in rapporto alla tardiva comparsa dei sintomi psichici e motori.

2° Il comportamento dei riflessi rotulei ed achillei: questi sempre presenti e normali, quelli in un primo breve periodo alquanto esagerati, poi del tutto aboliti.

BIBLIOGRAFIA.

Parlano di ascesso del lobo frontale:

MIGINAC. Bull. et Mém. de la Soc. Anat. Paris, 1911, f. 13.
KENNEDY. Americ. Journ. of the med. sciences, 1911, n. 474.
FOULCHER e GODLEWSKI. Marseille médical, 1917, pag. 546.
LANNOIS et SARGNON. Soc. méd.-chir. militaire Lyon médical, 1917, pag. 285.
MARAGLIANO DARIO. La Liguria medica, 1912, pag. 129.
PRINCE. Revue de Psychiatrie, 1912, pag. 360.
DERCUM. The Journal of the Amer. med. Assoc., 1912, n. 59.
SAVY et CHARLET. Soc. de Scienc. méd. de Lyon, 1912.
SACHS E. The Journal of nervous and mental Disease, 1911, pag. 693.
KENNEDY F. The Journal of nervous and mental Disease, 1911, pag. 691.
WIENER A. Medical Record, 1910, vol. 78.
CREMIEU. Lyon médical, 1909, pag. 594.
BONIET E. Bulletin de l'Académie de méd. de Paris, 1909, n. 17.
MAKOCEY-BAKOVETSKY. Thèse de Montpellier, 1909.
SALERIN A. Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1905.
TAYLOR L. FIELDING. The Journ. of the Americ. med. Assoc., 1908, pag. 719.
BELIN J. Bullet. de la Soc. méd. des hôpit. Paris, 1902.
DUPRÉ et DEVAUX. Revue Neurologique, 1902.
CONA S. Il Morgagni, 1899, pag. 595.
MATHLE et BOURGNIN. Revue méd. de la Suisse romande, 1902, n. 2.
DUPRÉ et HEITZ. Soc. de neurol. franç., 1902.
LUC. Médecine moderne, 1896, n. 96.
STIERHLIN. Correspondenzblatt f. Schweizen Aerztz, 1896, pag. 476.
JEANNE A. Bulletins de la Soc. Anat. de Paris, 1896.
RAMOND F. Bullet. de la Soc. Anat. de Paris, 1898, pag. 216.
LUCRI T. Il Policlinico, Sez. Prat., 1921.

La sutura vasale nella cura delle ferite dei seni durali (1)

del dott. CANDIDO MANTELLI, maggiore medico, libero docente nella R. Università di Torino.

Nel periodo maggio-ottobre 1917, negli Ospedaletti da campo 11 e 83 che si trovavano, in linea retta, il primo a 12 ed il secondo a 8 chilometri dalle linee, ho avuto occasione di osservare 160 feriti di guerra al cranio e di operarne 115. Fra questi, cinque si riferivano a lesioni dei seni longitudinale o laterale. Tali casi presentano un singolare interesse dal punto di vista clinico e operativo; perciò credo opportuno darne breve relazione.

1° - Sold. F. Vitale, del 2° genio, entrato nell'Ospedaletto da campo 11 il giorno 26 maggio 1917. Venne ferito il 25 maggio al Cucco.

Presenta ferita lacero-contusa da scheggia di granata al vertice; tale ferita misura cm. 2,5 in lunghezza e 2 in larghezza. È in buone condizioni e non presenta traccie di infiltrazione infiammatoria.

Non sanguina. Paralisi dei due arti inferiori; l'intelligenza è libera, ma vi è inceppamento nella favella nel senso che l'a. riesce a pronunciare le parole in modo completo e con nesso logico; ma l'emissione della parola e talvolta

---

(1) Questa nota fu redatta nel 1917 e ne fu ritardata fino ad ora la pubblicazione per vicende di ordine militare e poi per malattia dell'A.

di un gruppo di parole, esprimenti nel loro complesso un'idea, è preceduta da un periodo di latenza che varia fra i 10" e i 40".

26 maggio 1917. — Operazione - Morfiocloronarcosi - Escisione delle parti molli contuse limitanti la ferita, pulizia accurata del focolaio; si riconosce affondamento della volta su un tratto della superficie approssimativa di una moneta da 5 centesimi. Si allarga alquanto la breccia e si estrae una grossa scheggia costituita dal tavolato esterno, dalla diploe e dalla vitrea. Si riconosce ancora la presenza di una scheggia di vitrea affondata che si estrae; insorge allora emorragia copiosa che proviene da una ferita del seno longitudinale della lunghezza di circa mezzo centimetro. Dopo di avere alquanto allargata la breccia per avere libertà di movimenti, si esegue la sutura del seno con ago e seta sottili e con la tecnica di Carrel.

Si fa l'emostasi provvisoria, per poter eseguire la sutura, con modica compressione sulla ferita del seno col dito medio sinistro, dito che si ritrae man mano che si procede nella sutura. Si applicano quattro punti perforanti. Terminata la sutura l'emorragia appare completamente frenata. Si procede alla sutura delle parti molli in primo tempo.

Le condizioni del malato vanno man mano migliorando; egli riacquista, dopo 3-4 giorni, l'uso spigliato della parola; così scompare la paresi dei due arti inferiori. La ferita guarisce per prima intenzione e l'ammalato esce, completamente guarito, 31 giorni dopo l'intervento.

2° - Sold. C. Biagio, ricoverato nell'Ospedaletto da campo 83 il 19 agosto 1917. L'a. è stato ferito da scheggia di granata, poche ore prima, sul Monte Santo. È un po' intontito, ma le condizioni locali e generali sono buone. Le pupille reagiscono bene alla luce e all'accomodamento.

Obbiettivamente si nota ferita lacero-contusa alla regione occipito-parietale sinistra: tale ferita ha la lunghezza di cm. 4.

Mezz'ora dopo il suo arrivo nell'Ospedaletto si procede all'operazione sotto narcosi morfiocloroformica; si escidono i bordi della ferita a tutto spessore fino all'osso; si divaricano poi i margini e si riconosce affondamento della volta cranica; il tratto affondato ha le dimensioni di una moneta da 2 centesimi.

Trapanazione: estrazione delle scheggie; una scheggia di vitrea è affondata nel seno laterale sinistro; estraendola insorge copiosa emorragia dal seno che presenta una ferita della lunghezza di circa 1 cm.

Senza scollare la dura, si fa la sutura a sopragitto, con ago e seta sottilissima con punti perforanti secondo Carrel. Si ottiene intanto l'emostasi provvisoria con modica compressione digitale sulla ferita e si ritrae il dito nella direzione della lunghezza del vaso sanguinante, a piccoli tratti, man mano che si applica un nuovo punto.

Così si ottiene, con sette punti di sutura, un coalito esatto dei bordi della ferita del seno. La sutura è a perfetta tenuta.

Poichè si trattava di ferita non infetta e giunta al tavolo operatorio poche ore dopo la sua produzione, si fa la sutura, in primo tempo delle parti molli superficiali.

Il decorso postoperatorio fu perfettamente regolare; guarigione per prima intenzione.

L'a. fu trasferto in ottime condizioni, dopo 42 giorni di degenza all'Ospedaletto.

3° - Caporale M. Giuseppe, del 44° fanteria, ricoverato nell'Ospedaletto da campo 83 il 27 agosto 1917. L'a. è stato ferito da scheggia di bombarda circa 15 ore prima del suo ingresso nell'Ospedaletto, il giorno 26 agosto, sulle pendici del San Gabriele.

Condizioni generali e locali buone; l'intelligenza è completamente libera; non fenomeni di focolaio; le pupille reagiscono bene alla luce e all'accomodamento.

Presenta ferita lacero-contusa della regione parietale sinistra vicinissima alla linea mediana e all'altezza del vertice.

Tale ferita ha la lunghezza di circa 4 cm.; la divaricazione dei bordi è minima, tanto che questi sono a reciproco contatto, eccezione fatta della sola cute.

La ferita si presenta, in buone condizioni, di un bel colore rosso.

Un'ora dopo la sua entrata nell'Ospedaletto si procede all'operazione. Morfio-cloronarcosi; si escidono completamente le parti molli limitanti la ferita; si scolla il periostio e appare allora un affondamento della volta cranica della lunghezza di un centimetro e mezzo e della larghezza di mezzo centimetro.

Si allarga convenientemente la breccia con pinza ossivora e si estraggono numerose scheggie costituite in parte dalla vitrea, in parte dalla diploe, in parte dal tavolato esterno.

Una scheggia di vitrea poi si approfonda nel seno longitudinale, e, in seguito alla sua estrazione, insorge emorragia copiosa dal seno stesso. La ferita del seno ha la lunghezza di 8-9 millimetri.

Si esegue allora la sutura a sopragitto del vaso leso con ago e seta sottilissimi e con punti perforanti secondo Carrel.

Si ottiene l'emostasi temporanea col metodo descritto a proposito dei casi precedenti.

Si applicano 6 punti di sutura e si ottiene una contenzione perfetta.

Si chiude completamente la ferita. Decorso postoperatorio regolare; guarigione per prima intenzione. Quattro giorni dopo l'atto operativo insorgono accessi epilettici generalizzati che si ripetono ogni mezz'ora e continuano per una settimana, diradandosi però poi gradatamente fino a completa scomparsa.

L'a. lasciò l'Ospedaletto in condizioni buonissime, 36 giorni dopo l'intervento.

4° - Caporale C. Donato, della 73ª Sezione di Sanità, entrato nell'Ospedaletto da campo 83 il 28 agosto 1917. Ferito il giorno prima a Ravne da scheggia di granata. Condizioni locali e generali buone. Presenta ferita lacero-contusa alla regione parietale sulla linea mediana poco al davanti del lambda. Tale ferita, in ottime condizioni, ha la lunghezza di circa 3 cm. La divaricazione dei bordi è minima. Emorragia venosa cospicua. Morfio-cloronarcosi. Si asportano completamente le parti molli che limitano la ferita e si riconosce una frattura del cranio sulla linea sagittale con affondamento; questo ha le dimensioni di 1 cm². Si allarga convenientemente la breccia con pinza

ossivora e si estraggono parecchie scheggie ossee; estratte anche le profonde, appare una lacerazione del seno longitudinale della lunghezza di 13-14 mm. immediatamente al davanti del torculare di Erofilo. Si fa l'emostasi temporanea col metodo già citato e si procede alla sutura, con seta ed ago sottilissimi, fino a chiusura completa della lacerazione. Si applicano così 9 punti perforanti. La sutura è a perfetta tenuta.

In vista delle buonissime condizioni della ferita, che non appare infetta, si fa la sutura primitiva delle parti molli.

Decorso postoperativo regolare. Guarigione per prima intenzione.

L'a. esce completamente guarito 33 giorni dopo l'intervento.

5° - Sold. P. Luigi, del 230 fanteria, entrato nell'Ospedaletto da campo 83 il 7 settemb. 1917.

Ferito 15 ore prima, sul San Gabriele, da scheggia di granata. Appena ferito perdette la coscienza che riacquistò dopo circa mezz'ora, potè allora andare con i proprii mezzi fino al posto di medicazione. Attualmente presenta leggero obnubilamento della intelligenza consistente essenzialmente in un abnorme breve periodo di latenza nella ideazione. Paralisi del faciale sinistro e leggero strabismo interno dell'occhio destro. Condizioni generali buone. Presenta ferita a settone con foro d'entrata alla regione mastoidea sinistra e forò d'uscita al collo, cinque centimetri più in basso del foro d'entrata, sul margine anteriore del trapezio.

Mezz'ora dopo il suo ingresso nell'Ospedaletto si procede all'atto operativo. Morfio-cloronarcosi. Si fa saltare il ponte cutaneo e si escidono le parti molli contuse sino all'osso. Si riscontra una breccia delle dimensioni approssimative di 2 cm² la quale per due terzi ha sede sulla mastoide a metà circa della sua altezza e per un terzo ha sede all'indietro della mastoide. Si allarga alquanto la breccia, si estraggono le scheggie affondate e si svuota così la mastoide. Estratte le scheggie più profonde di vitrea, appare scoperto il seno laterale che è lacerato per un tratto di circa 3 mm. Si applicano due punti di sutura secondo Carrel e così si riesce a frenare l'emorragia. Si lascia la ferita aperta e lassamente zaffata.

Decorso postoperativo regolare, l'a. esce guarito 30 giorni dopo l'intervento; la paralisi del faciale è scomparsa.

* * *

A proposito delle suture vascolari eseguite nei casi sopradescritti, noterò che in tutti venne usata una tecnica adatta: asepsi scrupolosa, materiale di sutura sottilissimo, strumenti, e specialmente pinze e porta aghi appositi. Le mani dell'operatore e degli assistenti erano abbondantemente cosparse di olio di vaselina sterile. I punti, perforanti, venivano applicati a 1 mm. dal bordo della ferita vascolare con un intervallo di circa 2 mm. fra l'uno e l'altro punto. Ho fatto sempre sutura a sopraggitto con filo moderatamente teso in modo da assicurare il coalito dell'intima in corrispondenza del tratto suturato.

* * *

Le cinque osservazioni che ho riferite presentano un certo interesse clinico inquantochè il numero di tali lesioni, raccolte fino a oggi nella letteratura, non raggiunge il centinaio.

Da qualcuno, come Gorden Holmes e Percy Sargent e Nuthall fu avanzata l'ipotesi che le lesioni del seno longitudinale dessero luogo a una sindrome assolutamente caratteristica e consistente essenzialmente in tetraparesi e tetraspasmo con tendenza a miglioramento progressivo e anche, in alcuni casi, a completa guarigione.

Ora, evidentemente, non è possibile ammettere che le ferite dei seni diano luogo a sintomi di tal fatta che sono da ascriversi, senza nessun dubbio, a lesioni nervose concomitanti (focolai di spappolamento, di contusione, di compressione, ecc.); questo modo di vedere è ammesso dalla maggior parte degli Autori. Ad ogni modo i cinque casi esposti sono una buona conferma del fatto che i sintomi delle ferite dei seni, in sè e per sè, sono quelli soliti, banali, comuni a tutte le ferite delle vene. Eventuali ematomi da sangue stravasato o altre lesioni concomitanti possono poi dar luogo a sintomi cerebrali o di focolaio i quali non sono mai in diretto rapporto con le ferite del seno.

Fatte queste osservazioni, non mi soffermerò oltre su queste lesioni, perchè intorno ad esse sono stati recentemente pubblicati lavori completi e corredati da citazioni bibliografiche come sono quelli di V. Saviozzi (*Rivista Ospedaliera*, 1917) e di C. Barba Morrihy (*Clinica Chirurgica*, 1919).

L'interesse delle mie osservazioni sta sopra tutto nel metodo di cura adoperato, la sutura, che ha dato esiti veramente buoni. Finora la sutura nelle lesioni dei seni durali è stata poco usata (Leconte e Bardesco, 1891; Leconte, 1891; Schwartz, 1896; Wharton, 1901; Revenstorf, 1907).

La ragione della preferenza per altri metodi curativi quali la forcipressura, la legatura e più che tutto il tamponamento con garza, o meglio con catgut, sta nella natura delle lesioni che il più delle volte non sono così limitate e così nette come ne' miei casi. D'altronde anch'io fra i 160 feriti al cranio osservati nel periodo maggio-ottobre 1917 e altri 50 osservati prima e dopo, ho incontrato altre ferite dei seni, ma estese e sopratutto complicate con altre gravi lesioni endocraniche, e in tali casi ho usato anch'io il tamponamento. Credo infine di poter concludere che, sebbene la sutura non possa essere il metodo di elezione nelle ferite dei seni della dura, tuttavia deve essere

tenuta presente e praticata in quei casi nei quali, per la poca estensione delle ferite e per la nettezza dei loro margini, trova la sua naturale indicazione.

RIASSUNTO.

Vengono sommariamente descritti cinque casi di ferite dei seni della dura che furono dall'Autore curati con la sutura vasale. L'A. crede che nelle ferite dei seni durali si debbano adottare i varii metodi di cura a seconda della estensione e della forma peculiare della lesione. Così nelle ferite dei seni complicate con altre lesioni endocraniche, può essere indicato il tamponamento o la forcipressura o la legatura. Ma la sutura vasale deve essere tenuta presente e praticata in quei casi nei quali, per la poca estensione delle ferite e per la nettezza dei margini, trova la sua naturale indicazione.

NOTE DI TECNICA.

EX OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI
diretto dal T. Col. LUIGI RIZI.

Sopra una inavvertita e singolare causa d'errore nell'analisi dell'acetone e sul modo di ripararvi.

NOTA del dott. EMILIO PITTARELLI
direttore dei Gabinetti di Radiologia, Chimica e Microscopia Clinica.

Continuando le esperienze che da un paio d'anni vengo eseguendo sulla ricerca dell'acetone e corpi affini nei liquidi organici (1), mi sono imbattuto in una causa d'errore che merita essere segnalata agli studiosi, perchè mette un punto interrogativo a tutte le analisi di acetone pubblicate finora.

Essa consiste in ciò, che la gomma elastica, benchè *insolubile nell'acqua* (come assicurano i trattatisti), cede nondimeno ai vapori acquei ed anche all'acqua bollente tracce notevoli di una sostanza la quale è volatile, precipita in bianco-latteo col reattivo di Nessler, dà jodoformio con gl'ipoioditi alcalini, sprigiona l'acido dai sali idrossilamminici, e in soluzione alcalina calda forma dei grossi fiocchi bianchi con la metanitrobenzaldeide: in una parola, dà *tutte* quelle che io ho dimostrato (1) essere *le più delicate reazioni dell'acetone*. Bensì non dà la reazione del nitroprussiato, ma è risaputo che questa non è abbastanza sensibile per disvelare le tracce di acetone (soluzioni acetoniche più diluite dell'1:2000 non reagiscono al nitroprussiato).

Che cosa sia questa sostanza, non saprei dire. Certo, acetone non è: per oscura che sia tuttora la costituzione del caucciù non si vede ad ogni modo per quale via si possa, da esso, produrre acetone. Il sospetto più intuitivo sarebbe che si tratti d'idrogeno solforato (il caucciù vulcanizzato contiene dello zolfo, e questo sotto l'influenza di corpi riduttori si converte in idrogeno solforato): questo, infatti, col Nessler e con gl'ipoioditi può formare precipitati che alla vista sono simili a quelli dell'acetone. Però le reazioni su menzionate si hanno anche dopo il trattamento con soluzione alcalina di ossido di piombo, la quale elimina ogni traccia di acido solfidrico. Senza meno deve trattarsi di un corpo a struttura chetonica; ma la sua identificazione possiamo rinviarla senz'altro ai chimici di professione, considerato che ai fini della presente nota non è affatto indispensabile e neanche necessaria.

Siccome l'analisi dell'acetone suole eseguirsi sul distillato a cagione del fatto, da me dimostrato (2), che in essa l'acetone non esiste allo stato libero, si vede subito l'errore fondamentale cui va incontro l'analista, quando si serva di apparecchi distillatori con giunti di gomma. Ove questi non possano evitarsi, bisognerà perciò ricorrere ad altri metodi di separazione: per es. alla precipitazione, che può eseguirsi mediante il solfato mercurico in soluzione fortemente solforica (3). Questa operazione non è nè molto facile, nè molto semplice, ma l'addito qui perchè altre adatte allo scopo non ne esistono, a mia conoscenza. Si mescolano dunque *a freddo* volumi eguali di orina (od altro liquido organico) e di reattivo, almeno 50 cm³; e dopo alcuni minuti di riposo si filtra per separare un voluminoso e pesante precipitato che si è prodotto *e non contiene acetone*. Il filtrato, scaldato a BM per 10-15 minuti, fornisce un nuovo precipitato, il quale, fra

(1) Ved. mie memorie nel *Policlinico*, 1920; nella *Riforma Medica*, 1919 e 1920; nel *Folia Medica*, 1919 e 1920; nell'*Archivio di Farmacologia Sperimentale e Scienze affini*, 1919 e 1920; nella *Rivista Critica di Clinica Medica*, 1919; nel *Pathologica*, 1918-1920; nel *Kongresszentralblat für die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete*, 1920; nel *Berichte über die gesamte Physiologie und experimentelle Pharmacologie*, 1920; e nel *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1920: a suo luogo ricorderò le singole memorie.

(1) Vedi mie memorie nell'*Archivio di Farmacologia* e nel *Kongresszentralblatt*.

(2) Ved. mie memorie nella *Riforma Medica*.

(3) «Reattivo di Denigès», che si prepara diluendo 20 cmc. di acido solforico concentrato in 100 cmc. di acqua, e sciogliendovi 5 gr. di ossido mercurico. Il liquido è inalterabile.

altre sostanze, *conterrà anche l'acetone*, se questo preesisteva nel liquido, perfino nelle diluzioni di 1 a 300,000. In questo nuovo precipitato si deve identificare l'acetone. A tal uopo si filtra e si lava con acqua contenente un po' del reattivo, indi si versano sul filtro 10-15 cm³ di una soluzione di joduro potassico al 20-25 %, la quale ha lo scopo di sciogliere il precipitato mercuro-acetonico: il filtrato si ripasserà varie volte nel filtro allo scopo di assicurare la completa dissoluzione della combinazione. Un imbuto fornito di robinetto qui presta utile servizio.

Nel filtrato s'identificherà ora l'acetone con le quattro reazioni capitali di esso, cioè: precipitazione col reattivo di Nessler; precipitazione di jodoformio con gl'ipoioditi alcalini; formazione di carbilamine dall'iodoformio; e sprigionamento di acido dai sali d'idrossilamina. Per queste reazioni la presenza del mercurio non disturba punto: volendo eseguire anche la reazione della metanitrobenzaldeide, che è la più caratteristica dell'acetone (1), bisognerebbe eliminare previamente il mercurio.

La precipitazione col Nessler e lo sprigionamento di acido possono eseguirsi sulla stessa presa; così pure la formazione di jodoformio e di carbilamina. Perciò il filtrato si dividerà in due porzioni.

1ª *porzione*. — Siccome nel liquido esiste già l'ioduro mercuro-potassico, basta aggiungervi della potassa o della soda per aversi il reattivo di Nessler. La presenza probabile dell'acetone sarà svelata dall'apparire di un precipitato bianco-latteo; questa reazione sensibilizza 1:400,000 di acetone, ed è la più sensibile che se ne conosca. Disgraziatamente, non è univoca.

Se non si ha un precipitato, è inutile procedere oltre: *il liquido non contiene acetone*. Se si ha un precipitato si deve procedere a saggi ulteriori.

Su questa stessa porzione si fa la prova dell'idrossilamina: — Si colora con qualche goccia di eliantina, si neutralizza esattamente con acido cloridrico, e si aggiungono alcune gocce di una soluzione di cloridrato idrossilaminico, ben neutro o neutralizzato alla stessa eliantina. In presenza di acetone si avrà, dopo alcuni minuti se le proporzioni sono minime, una netta reazione acida, dovuta a ciò, che l'acetone, combinandosi all'idrossilamina-base, fornisce una sostanza (« *ossima* ») neutra all'eliantina, e mette in libertà l'acido del sale idrossilaminico. La reazione sensibilizza 1:100,000 di acetone.

Se reazione acida non apparisce, è inutile procedere oltre: *il liquido non contiene acetone*. Se invece la reazione è positiva, la presenza dell'acetone comune può ritenersi dimostrata, ma, per maggiore sicurezza, la si controllerà con altre reazioni sulla seconda porzione del liquido.

2ª *porzione*. — Si aggiungono alcune gocce di soluzione jodo-jodurata, indi 2-3 gocce di soluzione concentrata di potassa o soda caustica. In presenza di acetone si avrà, dopo alcuni secondi, un precipitato che dal colore gialletto e dall'odore caratteristico s'identificherà coll'iodoformio.

Sullo stesso saggio, e cioè dopo ottenuto l'iodoformio, si può eseguire la prova elegantissima delle carbilamine. All'uopo si aggiungerà qualche goccia di una soluzione di un'amina primaria (metilamina, etilamina, fenilamina, naftilamina, ecc.), e si scalda fino a dissoluzione del precipitato. Se il precipitato era jodoformio, si sprigionerà un odore orribile e ributtante, che è dovuto appunto alla formazione di una carbilamina corrispondente all'amina usata.

Concludendo, la precipitazione dell'acetone è un'operazione molto faticosa, in confronto della facile, semplice e spedita distillazione. Questa dunque è sempre da preferirsi, fino a che non si troverà modo di identificare l'acetone in seno stesso all'orina; ma non bisogna dimenticare, ripeto, che la distillazione, in riguardo alla analisi dell'acetone, *dev'essere eseguita con apparecchi completamente scevri di parti in caucciù*.

Chieti, 7 marzo 1921.

(1) Ved. mia memoria nella *Rivista Critica di Clin. Medica*.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROPATOLOGIA.

La dottrina delle malattie del sistema striato.

(C. and O. VOGT. *J. für Psychol.*, Bd. 25, Ergänzungshaft, 3).

Questo lavoro che, si può dire, magistrale, frutto di pazienti ricerche eseguite sopra sezioni in serie di parecchi cervelli umani, si aggira principalmente intorno ai processi cronici morbosi che colpiscono lo striatum (putamen e caudatus) e il sistema del pallidus (globus pallidus). Essi li distinguono nel modo seguente: 1° État marbré; 2° État fibreux stazionario; 3° État fibreux progressivo; 4° État dysmiélinique; 5° Neurosi totale dello Striatum; 6° Ipergliosi; 7° État de désintégration; 8° Focolai morbosi grossolani.

Dopo una chiara e minuta analisi non solo dei singoli sintomi ma anche delle peculiari alterazioni cellulari e fibrose di ciascuna di queste sindromi, gli AA. traggono conclusioni generali, che è prezzo dell'opera riassumere nelle loro grandi linee.

I coniugi Vogt richiamano innanzi tutto l'attenzione sul fatto che la fibratura del Pallidus si mielinizza prima di quella dello Striatum e della Cortex: il che probabilmente indica che esiste nello sviluppo ontogenetico del Pallidus un periodo in cui le manifestazioni motorie rappresentano riflessi (pallidali) non influenzati dallo Striatum e dalla corteccia cerebrale. Il Pallidus infatti è il rappresentante di numerose cinesie primitive (infantili) di quelle cioè che involontariamente han luogo negli adulti: e alcune delle quali costituiscono direttamente i grossolani movimenti espressivi della vita dei nostri sentimenti. Col concetto che siffatte cinesie pallidali rappresentano le più alte capacità motorie del piccolo bambino, concorda il fatto delle molteplici connessioni che le varie manifestazioni della sindrome dello striato — quali i movimenti espressivi coreiformi, le sincinesie, la spasticità (Anton, Léri) e gli impulsi (Zingerle) — presentano con la motilità della prima infanzia. Ora queste primitive cinesie del Pallidus subiscono, con lo sviluppo, per mezzo dello Striatum, un freno che rimane involontario (automatico-primario). Lo Striatum disciplina appunto le smorfie, i gesti, le sincinesie e i cambiamenti di posizione automatica, come pure i riflessi di repulsione e di difesa.

Per altro dal fatto che i sintomi bulbari — i disturbi della stazione e dell'andatura — come pure che un vero impoverimento e semplificazione di altri movimenti volontari si producono nelle malattie dello Striatum, si può concludere che una parte di questi automatismi devono essere pure incorporati, quali movimenti parziali elementari, nella serie dei movimenti volontari coordinati.

Gli AA. fanno notare che la sintomatologia dei processi morbosi del sistema striato è quanto mai diversa, il che è spiegabile riflettendo che il sistema striato in sensu strictiori abbraccia formazioni grigie, alle quali sono affidate varie ed elevate funzioni. La perdita delle funzioni più fine dello Striatum conduce in generale a prolungati movimenti involontari, quella della funzione del Pallidus dà luogo a rigidità accompagnata da grande povertà di movimenti. Per altro questi quadri morbosi per quanto diversi sono pure fra loro connessi, in quanto lungo il decorso della malattia del Pallidus possono sopraggiungere sintomi dipendenti dalla perdita della funzione dello Striatum. Certo è che processi morbosi localizzati in altre zone non sono capaci di produrre siffatte sindromi.

Più particolarmente la sindrome dello Striatum consiste: 1° in acinesie esplicantesi nella povertà dei movimenti di posizione, di orientazione, dei riflessi di difesa ed in astenia dei singoli muscoli; 2° in incoordinazione specie della muscolatura del bulbo, del cammino e della stazione in piedi; 3° in iperemie substriari (pallidali) esplicantesi con movimenti involontari (scosse coreiformi, spasmus mobilis, tremore, pianto e riso spastico) che possono momentaneamente essere provocati o anche esagerati da emozioni; o con stati ipertonici che colgono speciali gruppi di muscoli, o in eguale misura agonisti ed antagonisti, e che dànno luogo ad una certa diminuzione della forza muscolare e ad un rallentamento del movimento.

Quanto alla sindrome pallidale, questa la si trova negli stadi terminali della necrosi totale e dello status dysmyelinsatus, come pure nella grave disintegrazione del Pallidus; uno dei sintomi costanti sembra sia la grave rigidità, quando la malattia è bilaterale.

Tanto nelle malattie dello Striatum, quanto in quelle del Pallidus, gli AA. a ragione trovano una proporzionalità fra differenza architettonica e quella funzionale.

Per quanto concerne le quistioni anatomopatologiche relative alla sindrome del sistema striato, gli AA. facendo astrazione dalla somiglianza fra l'état dysmélinique e la scomparsa della fibratura del Pallidum nello status desintegrationis, fanno notare che tutti gli altri sei gruppi sono, dal punto di vista anatomopa-

tologico, ben distinti fra loro. Secondo essi, l'essere il numero delle diverse malattie del sistema striato piuttosto circoscritto, dimostra che gli elementi istiologici, costituenti le singole parti del medesimo reagiscono a seconda la loro costituzione e in direzioni del tutto determinate, alle offese extrastriate. Perciò, cause del tutto diverse producono effetti anatomopatologici quasi identici: così, ad es., l'état marbré è una malformazione congenita, la quale, si è osservata fin'ora esclusivamente nello Striatum. Solo in grado assai leggero sono state constatate placche fibromieliniche nella cortex cerebri. Parimenti, nella necrosi elettiva dello Striatum, le cellule di questo sistema e quelle del III strato della corteccia subiscono una necrobiosi, mentre gli altri strati di quest'ultima rimangono intatti. La disposizione o mancanza di disposizione ad alterazioni così caratteristiche non può trovare alcuna spiegazione sia nella filogenesi, sia nella cronologia con cui, nell'ontogenia, si maturano (si mielinizzano) gli elementi istiologici del sistema striato; basti riflettere che nell'état fibreux, la degenerazione colpisce neuroni filogeneticamente ed ontogeneticamente giovani, mentre, nello stato dismielinico essa si svolge tanto in neuroni filogeneticamente arcaici, quanto in quelli che ontogeneticamente hanno assunto precocemente la mielina. Tuttavia nella chorea lo striatum che rimane colpito è sempre una formazione filogeneticamente molto antica rispetto alla corteccia cerebrale che, in questa malattia, rimane intatta. Gli AA. ripudiano del pari il concetto che questa differente vulnerabilità delle diverse formazioni grigie del cervello si debba mettere sul conto di disuguali condizioni di nutrizione; e che rispettivamente la enorme sensibilità dello Striatum rispetto a molte malattie debba ascriversi a condizioni in particolar modo sfavorevoli della circolazione sanguigna. Caldeggiano invece l'idea che questa differenza nel potere di resistenza ai diversi agenti morbosi, dipenda da uno speciale chimismo delle singole grisea del sistema centrale nervoso.

Gli AA, si pongono il quesito se l'aggruppamento anatomopatologico delle diverse malattie del sistema striato, renda possibile una classificazione scientifica che permetta non solo una rapida diagnosi ma anche una prognosi ed una terapia. Certo tutti e otto i gruppi (poc'anzi enumerati) delle alterazioni anatomopatologiche sono caratterizzate da quadri morbosi specifici. Vero è che in molti casi di Status marmoratus eranvi combinate altre anomalie del sistema centrale nervoso; così, ad es., nella Chorea di Huntington e nella paralisi dello Striatum coesisteva (nei casi degli AA.) una grave malattia degli emisferi cerebrali. Per altro tutte queste anomalie extrastriatori (aggiunte) non esercitano alcuna alterazione apprezzabile sul carattere del precedente quadro clinico; quantunque, in qualche caso particolare o le modificazioni del quadro stesso siano così profonde da rendere assai difficile la diagnosi *intra vitam;* ovvero i sintomi vengano notevolmente intensificati (microcefalia o demenza senile grave) in modo che finiscono per sopprimere il sintomo « rigidità ».

Gli AA. sono tutt'altro che disposti ad accettare il concetto vagheggiato da Strümpell, secondo il quale alla motilità volontaria, cioè miomotoria o miodinamica affidata alle vie piramidali, si contrapporrebbe la innervazione ma striato: il disturbo del quale darebbe luogo perciò ad un complesso sintomatico amiostatico. Ora, gli AA. fanno osservare che la funzione miostatica abbraccia non solo la funzione complessa del sistema striato, ma anche quella del *cerebellum* e di certe parti della corteccia cerebrale: elementi della motilità quanto mai diversi. Oltre ciò, la distinzione che fa Strümpell, tra funzione miostatica e miodinamica, tanto dal punto di vista localizzatorio, quanto da quello psicofisiologico è (secondo gli AA.) poco felice: ad es., egli fa dipendere dal sistema piramidale (neurodinamico) i movimenti coreiformi, ciò che non è esatto. D'altra parte, non bisogna dimenticare che la funzione miostatica può aver luogo anche per mezzo della via piramidale; e che i movimenti volontari identificati da Strümpell ai miodinamici, contengono elementi striari che agiscono anche sulla via extrapiramidale.

Gli AA. non si dissimulano che molte quistioni fisiopatologiche relative alle funzioni dello Striatum sono lungi dall'essere state risolte con le loro ricerche; per altro si augurano che nell'avvenire l'analisi semejologica delle malattie in questione sia anche più completa e così possa in collaborazione con gli studi anatomopatologici illuminare meglio questo capitolo della neuropatologia.

Essi non hanno creduto opportuno penetrare a fondo nella discussione della questione relativa alle funzioni verboarticolari del putamen; il che si spiega facilmente riflettendo che l'associazione di lesioni di organi extraputaminali (sopratutto del caudatus), mal si prestava ad un dibattito di siffatto genere. Ad ogni modo mi sia permesso qui di rispondere ad una critica che gli AA. mi muovono circa le particolari funzioni del liguaggio che io attribuisco da anni al putamen. Obiettano es-

sì che nella figura schematica del mio lavoro sulle sindromi acute lenticolari (da non confondersi con le sindromi croniche del sistema striato descritte dai Vogt), la via fasico-motoria si ferma al terzo orale del putamen, mentre io poi nel testo attribuisco alla lesione del terzo medio di questa formazione la causa di alcune forme di disartrie. Ora in ciò non esiste contradizione. Io sostengo, in base alle osservazioni cliniche ed anatomopatologiche (d'accordo con i concetti fondamentali di Küsmaull) che nel terzo anteriore (orale) le vie fasico-motorie si articolano con le *fibre verbo-articolari;* ma poichè queste ultime si iniziano fra il terzo anteriore e il terzo medio del putamen, è chiaro che la lesione del terzo medio di questa formazione debba produrre più specialmente disartria.

Il lavoro degli AA. segna nella storia della neuropatologia un vero e proprio progresso: Qui si riafferma ancora una volta l'apodigma di Gudden: prima anatomia e poi fisiologia, ma se prima la fisiologia, allora non senza anatomia. Solo dal connubio di queste due discipline, quali gli AA. hanno tenuto costantemente di mira, può emanare la luce che illumini, come nel caso particolare, nei loro più minuti particolari le sindromi cliniche.

G. MINGAZZINI.

Il fascicolo 4° (1° aprile 1921) della nostra **SEZIONE MEDICA,** contiene:

GIOVANNI PILOTTI: **Sulle mioclonie.**

FRANCESCO PEDRAZZINI: **Meccanica cranica e fisica cerebrale.**

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4 30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

Il fascicolo 4° (15 aprile 1921) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA,** che trovasi in corso di stampa e che spediremo fra giorni agli abbonati, contiene:

ORESTE CIGNOZZI: **Processo di laparoplastica con duplicatura delle aponevrosi per la cura radicale degli sventramenti post-laparotomici e delle voluminose ernie ventrali.**

OTTAVIO CIPOLLINO: **La intermetacarpolisi.**

ANTONIO INDELLI: **Nuovo metodo di chiusura plastica del canale crurale.**

UMBERTO NOBILI: **Contributo alla cura delle varici dell'arto inferiore con speciale riguardo al metodo Schiassi.**

DINO PIZZETTI: **Contributo critico e clinico allo studio delle malformazioni dell'uretere. (Un caso di duplicità incompleta monolaterale).**

CARLO VISCONTINI: **Megacolon congenito e Colonplicatio.**

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano leggere questo importante numero, mandino cartolina-vaglia di L. 4 30 e lo riceveranno subito in piego franco di porto e raccomandato.

MEDICINA.

Contributo alla clinica e alla diagnosi differenziale della nefrite emorragica.

(B. ZEHBE. *Ztsch. f. klin. Med.*, n. 1-2, Band 90, 1920).

La nefrite cronica può talvolta presentare apparentemente un unico sintomo, l'ematuria. Nei sedimenti urinari si trovano eritrociti, microciti e ombre globulari. Anche in questi casi apparentemente monosintomatici, si trovano sempre nell'urina nel periodo iniziale degli elementi renali (cilindri, epitali renali degenerati in grasso) però questi elementi scompaiono permanentemente dall'urina già dopo uno o dopo alcuni giorni; talvolta essi ricompaiono più tardi, in scarsissima quantità. Può non esistere albuminuria; talvolta l'urina contiene delle traccie di albumina, in seguito ad ematurie intense.

Il decorso di tali forme è lento, esso si protrae spesso per degli anni senza che si renda apprezzabile alcun peggioramento nè dello stato generale nè del reperto urinario.

Queste forme di glomerulonefrite cronica, nelle quali esiste come unico sintomo un'ematuria continuata od intermittente, senza albuminuria, senza cilindruria, senza alcun aumento della pressione sanguigna e senza formazione di edemi, sono difficili a diagnosticare e si possono confondere con tutte le affezioni che si accompagnano ad ematuria. Astrazione fatta dalle malattie costituzionali, nelle quali l'ematuria non è che un sintomo parziale (enofilia, scorbuto) e da quelle nelle quali esiste solo emoglobinuria, l'ematuria può dipendere: 1° da emorragie vescicali; 2° da emorragie dagli ureteri e dai calici renali; 3° da emorragie renali.

1° *Emorragie vescicali.* — Esse possono dipendere da affezioni acute o croniche (specialmente tubercolari) della mucosa. Oltre alle particolarità dell'urina (ricca in leucociti, torbida, priva di cilindri e di microciti; spesso non uniformemente ematica, contenente dei grumi e dei coaguli di sangue) la cisto- e l'uretroscopia stabiliscono la diagnosi.

2° *Emorragie delle vie urinarie superiori.* — L'urina contiene degli eritrociti, mentre è priva di cilindri e di elementi renali. L'albuminuria se esiste, è in diretta dipendenza dall'intensità dell'ematuria. Le affezioni che provocano tali emorragie (tubercolosi discendente, calcoli incuneati) si riconoscono con la cistoscopia o coll'esame rontgenologico.

3° *Emorragie renali.* — Sono quelle più importanti per la diagnosi differenziale. Esse

possono dipendere da: *a*) disturbi circolatori (stasi, infarti); *b*) tubercolosi del rene; *c*) neoplasmi.

a) Le ematurie da stasi accompagnano delle alterazioni cardiache e dei fenomeni da stasi in altri organi; esse migliorano o peggiorano di pari passo con le condizioni del cuore; si possono escludere, come pure gli infarti, se cuore e vasi sono sani. La diagnosi di infarto è facile nei casi nei quali l'ematuria si accompagna a brividi, febbre e dolori nella regione renale, difficile quando tali sintomi concomitanti sono assenti.

b) Si penserà alla tubercolosi renale se in un ammalato da lungo tempo affetto da ematuria, l'urina è permanentemente torbida, ricca di leucociti, intensamente acida; se esistono dei disturbi soggettivi intensi, tenesmo, stimolo ad orinare doloroso, senso di bruciore alla vescica e all'uretra dopo la minzione; le reazioni tubercoliniche, la cistoscopia, la ricerca dei bacilli tubercolari nel sedimento e l'iniezione dell'urina agli animali chiariscono la diagnosi nei casi dubbi.

c) Il rene neoplastico è ingrandito, e ciò si può riconoscere con la palpazione e con l'esame röntgenologico. L'urina, priva di cilindri, contiene spesso dei gruppi di cellule neoplastiche. L'età del malato e il decorso della malattia contribuiranno a facilitare la diagnosi.

Soltanto dopo avere escluse tutte queste affezioni accompagnate da ematurie si può fare la diagnosi di glomerulonefrite a focolai, o diffusa.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

La sutura dei nervi. I suoi risultati dopo gl'insegnamenti della guerra.

(A. DUMAS. *Gazette des Hôpitaux*, 4 nov. 1920).

L'A. riferisce sul trattamento delle ferite nervose durante la guerra, sui vari metodi impiegati e sui risultati ottenuti. In un primo periodo si asportavano largamente le parti mortificate o sclerosate e si riunivano direttamente i monconi, eventualmente ricorrendo all'iperflessione degli arti e dei loro segmenti, e alla sutura sotto tensione. In un secondo periodo si cercava di sacrificare il meno possibile, si liberavano accuratamente i nervi dalla sclerosi che li avvolgeva, e si applicavano i vari metodi di protezione del nervo liberato. Ma presto si vide che i risultati, almeno prossimi, erano meno buoni, e non v'era da sperare che fossero migliori i risultati remoti, onde, resecati i tratti sclerotici, si ricorse alle plastiche nervose per evitare la sutura sotto tensione, e là dove neppur essa era sufficiente. Furono dapprima autoplastiche vive, per sdoppiamento del moncone periferico, o del centrale, o plastiche libere prese da un nervo sensitivo sottocutaneo. Nageotte, dietro esperimenti sugli animali, preconizzò le plastiche di nervi morti conservati in alcool, eteroplastiche, che furono largamente applicate.

Inoltre, nel 1917, si cominciò ad applicare largamente la sutura per prima delle ferite dopo exeresi delle parti necrotiche, onde anche gl'interventi sui nervi lesi, con sutura semplice o con innesto, furono più precoci, col vantaggio di evitare più facilmente la sclerotizzazione flogistica di tratti estesi dei monconi.

L'A. confrontando le statistiche pubblicate, che si riferiscono a suture nervose praticate almeno due o tre anni prima, trova che i risultati buoni variano dal 20 all'80 p. 100. Questa contraddizione spiega considerando che i risultati sono diversamente apprezzati secondo i vari autori. Propone quindi, per livellare le percentuali contraddittorie, una classificazione razionale dei risultati, da sostituire alle espressioni imprecise prima adottate. La restaurazione è nulla se non riguarda che, parzialmente, la sensibilità.

È parziale, se vi è un parziale ritorno della motilità. È completa se la motilità ritorna quasi completamente per forza ed estensione di movimenti, anche se permane a lungo qual.

che disestesia. E indagando di persona i risultati con l'osservazione e l'interrogatorio dei pazienti, con inchieste presso i chirurgi specialisti e i centri medico-legali, con la critica della letteratura, conclude che i casi di restaurazione totale per le suture nervose praticate nei primi anni della guerra, non superano il 30 p. 100; ciò concorda con le conclusioni dell'americano Vaughan che nel 1908 calcolava i risultati favorevoli, ottenuti nelle migliori condizioni, al 35-40 %.

Sugli esiti delle plastiche si sa poco e quel che si sa non è confortante.

L'A. conclude che:

1° La sezione completa di un nervo è una lesione grave per la sua funzione: più grave se esiste una larga perdita di sostanza.

2° La sutura di un nervo reciso è intervento di urgenza, perchè la sutura precoce accresce nettamente le probabilità di successo. Più formale che nelle altre ferite è l'indicazione di riunire per prima, dopo asportate le parti necrotiche, le ferite che comprendono sezioni nervose, onde sottrarre le suture nervose all'infezione.

3° I risultati non sono così favorevoli come dicono i classici. La restaurazione completa non si ottiene, in media, che nel 30 p. 100 dei casi.

4° Il nervo radiale è quello che ha maggior potere di restaurazione: dopo viene lo sciatico-popliteo esterno. Lo sciatico-popliteo interno, e sopratutto il mediano sono i più ribelli.

DORIA.

SEMEIOTICA.

Il riflesso oculo-cardiaco nelle stenosi nasali.

(G. BILANCIONI e D. GOVERNATORI. *Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso*, 1920, n. 10).

Sono noti i rapporti esistenti fra la mucosa nasale e gli apparati respiratorio e circolatorio; ma non era ancora stato ricercato il comportamento del riflesso oculo-cardiaco nei soggetti con stenosi nasale, prima e dopo l'intervento chirurgico.

Dall'esame comparativo delle grafiche ottenute e dalle cifre raccolte relative alla frequenza del polso nelle varie fasi dell'esperienza si è concluso quanto segue: per quanto riguarda il polso, si nota come comportamento quasi costante il fatto che durante la compressione si ha una diminuzione della sua frequenza che va da 2 a 16-20 polsi al 1', ottenendo un valore medio di 8.5, media un poco superiore a quella generalmente ammessa. In pochissimi casi si è avuta un'inversione di questo fatto, ottenendo un aumento del polso sino a 14 e 18 battute.

Con l'applicazione di cocaina 1-2 % sulla pituitaria nel paziente non operato vediamo che la diminuzione del numero dei polsi si mantiene intorno ad una media di 9,3 battute al 1'; cessata la compressione si ha in genere un aumento nella frequenza del polso, così che da una fase di rallentamento che andava fino a 14 e anche 20 per 1' si passa ad una maggiore frequenza di 4, 11, 12, 18 polsi in più nell'unità di tempo. Ciò corrisponde a quanto è stato notato dagli AA. che si sono occupati di questo riflesso.

Eseguita l'operazione e trascorso un certo tempo da essa, si nota come durante la compressione si abbia una media di 9.5 battute in meno. Nei casi in cui il comportamento del riflesso era paradossale, dopo l'operazione il riflesso stesso divenne normale, cioè mentre si era avuto un aumento del polso fino a 18, dopo l'operazione si ebbe una diminuzione di 7-8 polsi.

Passando al comportamento degli atti respiratori, notiamo che in media durante la compressione esso è diverso, perchè alcune volte cambia specialmente la forma del respiro: diviene irregolare, superficiale, muta il rapporto fra la lunghezza dell'in- e dell'espirazione, qualche volta si prolunga la prima, più spesso la seconda. In generale il respiro diventa più frequente: in qualche caso si è notato un primo periodo di rarefazione o di un respiro superficiale, seguito poi da un periodo di maggior frequenza, chiuso da una terza fase in cui il respiro diviene più lento e superficiale. In altri casi il respiro mostra una tendenza spiccata alla formazione di *plateaux* con oscillazioni secondarie. In massima il respiro durante la compressione del globo oculare aumenta di frequenza e anche di profondità.

Subito dopo cessata la compressione si ha un'inspirazione prolungata, qualche volta il primo respiro dopo cessato lo stimolo, oltre che prolungato è anche *saccadé;* oppure si ha un respiro con espirazione prolungata, quasi dicrota. In genere l'espirazione prolungata è quella che precede il ristabilirsi del ritmo regolare che di consueto è anche più frequente di quello anteriore alla compressione.

Applicata la cocaina sulla mucosa nasale, nell'individuo non operato si vede come tutti gli atti respiratorii nelle varie fasi descritte aumentano di ampiezza e ciò in relazione con la maggior pervietà delle vie nasali dopo la applicazione del topico; questi risultati concordano con quanto ha osservato l'Hahn.

Ristabilita la pervietà respiratoria nasale, in media i singoli atti respiratori sono più ampi di quelli raccolti prima dell'intervento. Essi si fanno più frequenti durante la compressione, mentre acquistano maggiore ampiezza al cessare dello stimolo. Il respiro riacquista il suo ritmo dopo uno o due atti respiratori prolungati e sospirosi. Applicata la cocaina, gli atti respiratori sono ancor più ampi che non fossero avanti e la loro proporzione decrescente si mantiene nella curva prima della compressione, sia durante che dopo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 febbraio 1921.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Il prof. ASCOLI, nell'assumere la presidenza e nell'insediare il nuovo Consiglio direttivo, porge un saluto agli Accademici tutti ed esprime la propria cosciente devozione e quella del Consiglio agli interessi dell'Accademia e la decisa volontà di adoperarsi per il rinnovamento di essa.

Come primo atto del suo ufficio il Consiglio vuol rendere omaggio a Francesco Durante che con amore e dignità ha retto per lunghi anni le sorti dell'Accademia, portando nell'ufficio la forza dell'ingegno, la nobiltà del tratto, l'indipendenza del carattere ed a lui porge i sentimenti di gratitudine dell'Accademia ed il più caldo augurio di prosperità.

Passa quindi ad esporre il programma che il Consiglio Direttivo si prefigge di svolgere perchè l'Accademia Medica sia meno accademia per diventare centro di vita delle mediche discipline.

Ha ripreso il progetto di costituire una biblioteca medica mercè l'interessamento del Governo, dell'Amministrazione degli Ospedali, della Facoltà Medica e spera che presto sia ciò un fatto compiuto. Continua trattando delle varie quistioni di cui si interesserà il nuovo Consiglio ed invoca e vuole il suggerimento e l'appoggio di tutti i colleghi. Spera così di avviare l'Accademia alla funzione che le rinnovate attività e le esigenze attuali le impongono perchè risponda all'ufficio per cui fu istituita, perchè abbia l'importanza e il decoro che le convengono.

Viene quindi approvato per acclamazione l'invio al prof. Durante del seguente telegramma:

« Insediandosi nuovo Consiglio, Accademia Medica acclama Presidente che è stato lustro e gloria sua per tanti anni ».

Influenza della pressione sulla velocità di reazione dei fermenti diastasi, pepsina e tripsina.

Dott. G. MALDOLESI. — Le esperienze compiute dall'O. provano che:

1° La pressione ha indubbiamente, come la temperatura, una notevole influenza sulla velocità di reazione dei fermenti.

2° Tale accelerazione si dimostra notevolmente maggiore agli inizii della reazione.

3° Esiste una pressione che corrisponde all'optimum e oltre alla quale l'accelerazione provocata da un aumento di pressione va lentamente diminuendo. A 5 atmosfere si ha per tutti i fermenti sperimentati il massimo coefficiente di accelerazione.

4° L'influenza della pressione è indipendente dalla qualità del gas adoperato quale compressore e quindi non può riferirsi all'attività chimica di esso.

I risultati ottenuti usando l'azoto differiscono di poco da quelli ottenuti usando l'anidride carbonica.

5° Tolte accelerazioni maggiori che si osservano all'inizio delle reazioni sotto pressione, si può dire che un aumento di 5 atmosfere di pressione dà a qualsiasi delle reazioni fermentative sperimentate una accelerazione pari al doppio che a pressione ordinaria e quindi una accelerazione analoga a quella determinata sulle stesse fermentazioni, da un aumento di 10 gradi di temperatura.

6° Il ritardo con cui solitamente si compiono le reazioni fermentative « in vitro » in confronto alle stesse svoltesi « in vivo » si può spiegare, oltre che per la permanenza dei prodotti di scissione intermedii, anche per la mancanza di un fattore di pressione, che, come prima fu detto, « in vivo » non manca mai.

Tubercolosi iperplastica dell'intestino.

Prof. O. MARGARUCCI. — L'O. presenta un infermo già operato da circa sei mesi ed ora guarito nel quale venne praticata una estesa resezione ileo-colica (circa m. uno di ileo, cieco e colon ascendente) per un processo di tubercolosi iperplastica localizzata all'ultimo tratto dell'ileo. Questa porzione, circa cm. 40, si era a poco a poco inspessita formando un tumore cilindrico, irregolarmente contorto e ripiegato ed adiacente al cieco in modo che sia clinicamente sia al momento dell'operazione dava la sensazione di costituire un tubercoloma del cieco (tubercolosi iperplastica). La dissezione del pezzo anatomico dimostrò che la lesione si arrestava all'ostio ileo-cecale, essendo il cieco del tutto indenne. Oltre il tratto sopradetto dovette essere resecato a parte un altro segmento dell'ileo, che aveva preso aderenze colla lesione principale colla quale anzi si era naturalmente anastomizzata. La continuità del lume intestinale venne ristabilita mediante abboccamento latero-labiale tra l'ultimo tratto dell'ileo ed il colon trasverso. Il paziente gode buona salute, non presenta altri focolai tubercolari nè attivi nè latenti onde il processo morboso dal punto di vista clinico ha tutte le apparenze di essere primitivo. La malattia si era manifestata otto anni innanzi ed era stata nel lungo decorso caratterizzata dalla graduale formazione della tumefazione nella fossa ileo-cecale e dalla ripetizione di crisi dolorose e da fenomeni di ostacolata circolazione intestinale a cagione della riduzione del lume intestinale.

L'O. richiama l'attenzione sulla sede non abituale della lesione, il tratto ileale, che come è noto non è la prediletta, risapendosi che queste forme di tubercolosi sogliono svilupparsi a carico delle pareti cecali.

Riferisce sopra altri otto casi di tubercolosi intestinale da lui osservati e nei quali è intervenuto con risultati soddisfacenti. L'operazione da eseguirsi è la resezione, seguita dalla immediata ricostituzione del lume intestinale. In casi in cui tale atto operativo non sia indicato, vanno prese in considerazione l'enteroanastomosi laterale e l'esclusione uni- o bilaterale. In casi speciali, sopratutto in occasione di fase occlusiva, potranno esser richiesti una deviazione preventiva del circolo fecale mediante cieco- o appendicostomia.

Al prof. ARCANGELI che dice come si possa e debba tentare la cura chirurgica anche nelle forme ulcerose risponde che la riluttanza dei chirurgi ad intervenire in tali forme è spiegata dalle cattive condizioni in cui per lo più si trovano i pazienti trattandosi di processi ulcerosi estesi, secondarii.

Contributo alla prognosi e cura della extrasistolia cardiaca.

Prof. GIOVANNI GALLI. — L'O. premette che le extrasistoli cardiache sono ancora insufficientemente studiate dal punto di vista prognostico e curativo e che frequentemente vengono interpretate come il segno della miocardite con relativa cura di cardiocinetici e ioduro e conseguente depressione psichica dell'extrasistolico, che si crede malato di cuore. Non sempre le extrasistoli stanno in rapporto causale col cuore. L'O. descrive due casi singolari e dimostrativi, in base ai quali mette in guardia di non eccedere nel prognostico delle extrasistoli e di tenere presente come possibile determinante i disturbi intestinali.

Nuovi esperimenti sull'azione antibatterica dei raggi secondari.

Prof. F. GHILARDUCCI. — L'O. riferisce i risultati di nuovi esperimenti compiuti nel suo istituto dal dott. Donati sull'azione esercitata sul bacillo piocianico dai raggi secondari emessi dai vari metalli (oro, platino, piombo, argento, ferro, rame, stagno, alluminio). L'effetto fu costantemente positivo e molto più energico pei metalli pesanti. I raggi che agiscono sul piocianico sono estremamente molli e vengono arrestati da uno strato di gelatina di 1 o 2 millimetri di spessore interposto tra la coltura e la sorgente radioattiva. Riferisce sugli esperimenti ancora in corso che va compiendo il laureando Vozza su altre specie batteriche.

Espone i risultati clinici ottenuti con le radiazioni secondarie nella radioterapia del lupus, che sono decisamente più favorevoli di quelli che si osservano in seguito alla sola irradiazione primaria. I risultati sono particolarmente evidenti nelle forme nodulo-ulcerose. Ritiene che i risultati sarebbero più decisivi ove si potessero utilizzare radiazioni secondarie emesse da metalli a contatto intimo con gli elementi patologici nell'interno dei tessuti; a questo scopo preconizza l'uso della ionoforesi con lo ione argento basandosi su esperimenti che si stanno compiendo nell'istituto col proposito di curare la blenorragia cronica per mezzo della ionoforesi argentica.

L'esperimento più interessante fu quello compiuto su di una donna alla quale dovevano essere asportati dei noduli metastatici epiteliomatosi della regione mammaria.

Prima della operazione la donna fu sottoposta alla ionoforesi col protargolo prolungata per due ore con una intensità uguale a cinque miliampères. L'esame microscopico del frammento sottoposto alla ionoforesi ha dimostrato un enorme accumulo di granuli di argento di tutta la zona esaminata, anche all'estremo limite in profondità ossia ad una distanza di oltre due centimetri dalla superficie della pelle. È inoltre di sommo interesse rilevare come l'applicazione della ionoforesi per mezzo del protargolo non dia luogo a molestie di sorta nè provochi alterazioni evidenti delle regioni trattate. L'O. conforta la sua comunicazione con la dimostrazione di numerosi preparati microscopici.

Arricchimento culturale nella diagnosi batteriologica della difterite.

Prof. M. PERGOLA. — L'O. espone le ricerche compiute su alcuni terreni di cultura da lui preparati e che facilitano di molto la diagnosi batteriologica della difterite.

Illustra la sua comunicazione presentando i terreni di cultura stessi ed espone la composizione di essi ed il modo di prepararli.

E. GROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Aortite sifilitica.

Le due affezioni, che più spesso provocano lesioni aortiche, sono la sifilide ed il reumatismo: questo è più frequente sotto i 40 anni; la sua presenza però non esclude che la sifilide sia in causa.

L'aortite si manifesta, di solito, molto tempo dopo l'infezione luetica; vengono colpiti, di preferenza, l'aorta ascendente e l'arco aortico, per la via dei *vasa vasorum* o dei linfatici. Le lesioni si osservano particolarmente nelle fibre elastiche, donde deriva l'abolizione della estensibilità dell'arteria: oltre la tunica media viene presa anche l'avventizia e l'interna, con fatti di iperplasia, che può, in parte, controbilanciare la mancanza di resistenza della tunica media. L'aorta può subire maggiore o minore dilatazione, a seconda della sua resistenza o della pressione sanguigna; la dilatazione può essere locale o generalizzata costituendo un aneurisma.

A differenza delle altre aortiti, in quella sifilitica, le placche di alterazione si trovano specialmente nella porzione trasversa, non hanno alcun rapporto con le diramazioni dell'aorta stesa, ed hanno andamento progressivo. Si accompagna assai di sovente con insufficienza delle valvole sigmoidee, per una vera infiammazione sifilitica di queste, dimostrata anche dalla presenza di spirochete; invece non si osserva mai stenosi.

Hanno grande importanza i sintomi iniziali. Devono richiamare l'attenzione il colorito pallido, quasi settico, una febbre leggera, i dolori, specialmente notturni, a carattere anginoso, oppure percepiti alla punta od all'epigastrio, accompagnati talvolta da sensazione di angoscia. Si osserva inoltre dispnea, che si inizia bruscamente per una causa futile, è principalmente notturna ed espiratoria. La sua comparsa, in un individuo oltre i 40 anni, deve sempre destare sospetto.

Scarsi sono, all'inizio, i segni fisici: esagerazione del secondo tono aortico, accompagnata da impulso diastolico, talora soffio sistolico, da non attribuirsi però a stenosi; soffio e secondo tono possono avere carattere musicale. Altri sintomi sono il turgore delle vene alle braccia, al collo, alle spalle, la pulsazione visibile delle arterie del collo; e percepibile alla fossa soprasternale ed al secondo e terzo spazio intercostale, il segno di Oliver. Talvolta alla percussione si ha ottusità nella zona aortica.

All'esame radiografico si può riscontrare la scomparsa della protuberanza dell'aorta, l'allargamento dell'ombra verso destra, la dilatazione uniforme verso destra, la presenza di aneurisma. In seguito, come lesione secondaria, si produce dilatazione ed ipertrofia cardiaca.

La prognosi (S. B. Campbell, *Lancet*, luglio 1920) è sfavorevole, aggravata dalle alterazioni del miocardio e dagli edemi. La gravità è maggiore negli aneurismi piccoli che nei grandi. Il trattamento è antisifilitico, compresi gli arseno-benzoli; in generale però, l'affezione è ribelle. *fil.*

La manovra di Valsalva in cardiologia.

La manovra di Valsalva (inspirazione profonda seguita da espirazione forzata tenendo chiusa la bocca e la cavità nasale) usata per constatare la permeabilità delle trombe di Eustachio (il paziente sente penetrare l'aria nell'orecchio medio nel caso di pervietà) è stata da Sahli utilizzata per distinguere uno sfregamento pericardico da uno pleurico generantesi tra i foglietti pleurici vicini al cuore.

Mondru (*Paris médical*, 19 giugno 1920), modificando la manovra (manovra dello sforzo) nel senso di far compiere l'espirazione chiudendo la glottide nel momento istesso in cui l'espirazione si inizia, ha creduto di poterla utilizzare per distinguere un soffio organico da uno inorganico e nella diagnosi di alcune pericarditi.

Nel primo caso, per l'immobilizzazione del polmone e per il rallentarsi dei battiti cardiaci, riesce facile distinguere un soffio organico da un anorganico cardio-polmonare. Nella pericardite, inoltre, venendo a più intimo contatto i foglietti della sierosa possono mettersi in evidenza sfregamenti mai fino allora ascoltabili o rendersi ben manifesti sfregamenti di dubbia percezione e mal definibili. D. MAS.

Terapia preventiva dell'asistolia recidivante.

In luogo di limitarsi alla somministrazione di digitale nei periodi di scompenso, si segue ora il principio di Huchard di prevenire l'asistolia nei cardiaci mantenendoli in un equilibrio stabile. È quindi *necessario l'uso regolare di un medicamento cardio-tonico, da continuarsi per tutta la vita.* Il preparato da preferirsi sarà la digitale in polvere, alla dose quotidiana di 10 cg. Tale dose, eliminandosi nelle 24 ore, rende impossibile o rari i fenomeni di accumulo: comunque questi sono preannunziati da diminuzione della diuresi,

da bradicardia, disturbi digestivi, affanno notturno e talora disturbi oculari.

Invece della polvere di digitale possono usarsi prodotti similari a dosi corrispondenti (estratto fluido, unito o non con tintura di hydrastis, digitoxina o digalen). Mayor (rif. in *Riv. critica di clin. med.*, XXI, n. 17) sconsiglia il sistema di Huchard di dare un mg. di digitalina per 5-10 giorni di seguito, ogni trimestre, poichè, mancando l'accumulo, l'effetto viene a cessare con l'uso. La somministrazione della digitale può farsi invece a periodi di 2-3 giorni ogni settimana, ottenendosi così una influenza favorevole nei cuori esposti a recidive di asistolia.

Quando, in seguito ad imprudenze, eccessi, ecc., la dose accennata si mostri insufficiente, la si aumenterà fino a raggiungere, con l'equilibrio, una dose costante. Così pure col progredire dell'età, si dovrà passare dal trattamento discontinuo al continuo, ottenendosi di diminuire la frequenza e l'intensità delle crisi. Ricerche del Cloetta hanno dimostrato infondata l'ipotesi che in tal modo si possa affaticare eccessivamente il miocardio, affrettando l'agonia.

Quando fallisce la digitale, si ricorre allo strofanto, di cui però non si debbono usare dosi elevate, ma solo 8-10 gocce di tintura. Se l'uso continuato della digitale induce bradicardia, si ricorrerà alla caffeina (g. 0.50-1 nelle 24 ore) sino al ritorno del ritmo normale. Quando poi la diuresi tende a diminuire, si prescriva la teobromina e non già la scilla, che ha un'azione cardio-vascolare analoga a quella della digitale; nessun vantaggio si avrebbe dall'uso del mughetto o dell'*adonis*.

Tale sistema di terapia dovrebbe tener lontano l'attacco di asistolia fino all'avvento della degenerazione miocardiaca senile; quando però il malato tralascia la cura ricade in crisi, da cui è più difficile sollevarlo.

Il sistema sarà più efficace se accompagnato dalle regole di igiene generale ed alimentare e da terapia fisico-meccanica. *fil.*

Pericoli della canfora nell'insufficienza cardiaca.

Secondo L. Cheinisse (*Presse Méd.*, 23 giugno 1921), la canfora non merita la reputazione di stimolante diretto del cuore. Lo studio sperimentale di Moignie e Gautrelet dimostra che l'olio canforato per iniezione endovenosa è bensì in grado di attivare il lavoro del cuore, ma in via secondaria, favorendo la circolazione polmonare, nei soggetti in cui la resa di essa è stata artificialmente diminuita, mediante paresi dei vaso-dilatatori. Le ricerche sperimentali di Fröhlich e Pollak mettono in rilievo un'azione effettiva della canfora sul cuore, insieme ad un'azione marcatissima sui vasi periferici; questi autori dimostrano che è vantaggioso di associare la canfora alla caffeina ed alla papaverina. A loro modo di vedere la canfora è decisamente controindicata tutte le volte che si ha da fare con un cuore irritabile, specialmente nella tachicardia d'origine non infettiva. Siccome, d'altra parte, essa provoca con facilità delle extra-sistoli, l'impiego di essa deve sconsigliarsi nei casi in cui già esiste tendenza all'aritmia extra-sistolica: rispondono allora molto meglio i veri cardiocinetici ed in specie la digitale.

Importa anche di non perdere di vista le conseguenze molto fastidiose a cui può condurre l'abuso delle iniezioni di canfora, in specie allorchè si fa uso come veicolo dell'olio di vasellina (vasellinomi, paraffinomi).

Questi rilievi consigliano molta prudenza, secondo Cheinisse, nell'usare la canfora nelle cardiopatie.

V.

Cura delle ulcere varicose semplici.

Cauterizzazione dell'ulcera con nitrato d'argento, mantenendo poi la gamba elevata per 24 ore, allo scopo di diminuire l'edema. Si applica poi la pasta di Unna (gelatina parti 2: ossido di zinco parti 1: glicerina parti 3: acqua parti 4-6); si scalda a bagnomaria e si stende, calda, dalle dita del piede fino alla rotula, risparmiando il calcagno. Si applica subito la fasciatura, in modo che i primi strati della fascia si impregnino della pasta.

48 ore dopo la cauterizzazione si apre nella fasciatura una finestra, in corrispondenza dell'ulcera: questa viene raschiata con il cucchiaio, in modo da ottenerne la superficie pulita e sanguinante, asportando con la forbice curva i margini cornei, che possono opporsi alla epidermizzazione. Si comprime leggermente con garza asettica, per far cessare l'emorragia, si ricopre la finestra praticata su cui si applica una compressa di gomma e poi una fasciatura compressiva. Per tre giorni si mantiene l'arto in elevazione, dopo di che si cura l'ulcera con pomata al rosso scarlatto al 5 %. La fasciatura impregnata di pasta si lascia almeno per un paio di settimane; nel caso che si esiga una compressione prolungata, si rinnova la fasciatura ogni 15 giorni. Nei pazienti molto sensibili si può far precedere il raschiamento da iniezioni di procaina al 2 %. (M. Stearns, *Rev. española de med. y cirugia*, novembre 1920).

fil.

IGIENE.

Influenza dei lavori tipografici sull'organismo muliebre.

L. Devoto (*Il Lavoro*, maggio 1920) fa notare che, nei diversi congressi per l'Associazione legale dei lavoratori, gli italiani (l'A. e L. Carozzi) portarono il loro contributo tendente a norme restrittive in riguardo all'impiego delle donne nelle tipografie, mentre i rappresentanti degli altri paesi non presentarono le attese relazioni e non vollero accettare le conclusioni degli italiani, perchè il nostro paese dà troppo scarso contributo alla mano d'opera femminile nelle tipografie, quasi che la patologia, su di un medesimo tema tecnico fosse diversa da paese a paese. Da osservazioni dell'A. e di L. Carozzi, risulta quanto segue: Le donne, impiegate come combinatrici presentano, quasi tutte, note di deperimento organico: soffrono di anemia e disturbi digestivi, hanno facilmente aborti; forte è la mortalità nella loro prole; finiscono in buon numero, con tubercolosi. L'obiezione fatta da taluno che la colica saturnina è rara fra i tipografi maschi (a Vienna) e sarà quindi più rara nella donna, non ha valore, perchè la patologia del saturnismo non è esaurita con la colica e la paralisi.

La ragione principale per l'esclusione della donna da certi lavori tipografici, consiste nella diffusione notevole della tubercolosi fra i compositori; varie sono le cause di questo fatto, specialmente la presenza di polveri, che, per via meccanica e tossica, agiscono sull'organismo, irritando il sistema respiratorio ed attenuando i poteri di difesa: bisogna inoltre tener presente che, specialmente in passato, entravano nelle tipografie giovanetti gracili e delicati, poco adatti a mestieri più faticosi.

La donna è sempre più sensibile alle insidie delle polveri, del piombo, ai danni del lavoro in posizioni antifisiologiche in ambienti poco igienici, specialmente nella giovane età; nè si può dire che essa sia refrattaria od insensibile al piombo, in età più inoltrata, chè tale tossico può essere pericoloso sotto altri rapporti non preveduti, per offese agli organi e sistemi di secrezione interna.

L'A. conclude quindi per *l'esclusione della donna dai lavori di fondita dei caratteri e delle linee, dalla finitura, pulitura dei caratteri, stereotipia, composizione a mano e meccanica.*

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Spostamento dei leucociti nel sangue.

Si chiama «leucocitosi» l'aumento assoluto sintomatico (non leucemico) dei leucociti nel sangue; esso viene considerato una funzione del midollo osseo. A questa leucocitosi «mielogena» S. Gräff (*Berl. klin. Wochenschrift*, n. 4, 1921) contrappone la leucocitosi da spostamento. Procedendo con speciale tecnica alla conta dei globuli bianchi nel sangue periferico e in quello degli organi interni di moribondi egli ha potuto osservare che spesso alla leucocitosi periferica corrisponde una leucopenia nei capillari degli organi interni, alla leucopenia periferica una leucocitosi degli organi.

La leucocitosi «da spostamento» non dipende dunque come quella mielogena da una stimolazione chemotattica o formativa del midollo osseo; nè la leucopenia «da spostamento» da una depressione delle funzioni di esso. Sarà interessante cercare dei criteri differenziali tra i due gruppi di leucocitosi; l'A. suppone, ad es., che le leucocitosi fisiologiche siano tutte leucocitosi «da spostamento».

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1323) *Per togliere i segni di tatuaggio.* — Al dott. L. Malonini da Rovereto:

Sono stati indicati numerosi metodi per far scomparire le iperpigmentazioni eterologhe da tatuaggio.

Secondo il metodo Variot, che è il più noto, si versa dapprima sui tratti cutanei tatuati una soluzione concentrata di tannino, poi con uno strumento simile a quello che si usa per il tatuaggio si fanno delle piccole scarificazioni puntiformi, molto ravvicinate fra loro in modo che il tannino possa penetrare nello stato dermico superficiale. Immediatamente dopo, si toccano col nitrato di argento in cannelli le parti così trattate: si ottiene in tal modo la formazione di tannato di argento che spicca sulla parte come tanti punti di colorito scuro-nerastro.

Segue una lieve reazione infiammatoria con la formazione di un'escara sottile la quale dopo due o tre settimane si distacca spontaneamente lasciando al disotto una superficie cicatriziale superficialissima di colorito roseo che col tempo gradatamente si decolora. (Cfr. Jessner, *Malattie della pelle*. Unione Tip.-Ed. Torinese, pag. 436).

V. MONTESANO.

(1324) *Il liquido Dakin per la cura delle sicosi cocciche.* — All'abb. n. 5095:

La soluzione di Dakin è così composta:
Cloruro di calcio del commercio gr. 250
Acqua fredda gr. 10.000

Sciogli a freddo poi aggiungi agitando continuamente:

Carbonato sodico o potassico gr. 100

Si lascia riposare fino a quando non si sia depositato il precipitato biancastro, si aggiungono gr. 40 di acido borico e si decanta la soluzione limpida soprastante.

Il liquido si conserva in bottiglie scure e non si mantiene più di 5 giorni. V. M.

(1325) Al dott. Américo E. Lamarque, Buenos Aires:

Per gli studi sulla lebbra può mettersi in rapporto con:

Prof. Umberto Mantegazza: R. Clinica dermosifilopatica, Pavia;

Prof. Rodolfo Stanziale: R. Clinica dermosifilopatica, Napoli;

Prof. M. Truffi: Ospedale S. Paolo, Savona;

Prof. A. Serra: via Baille 27, Cagliari;

Prof. V. Montesano: via Campo Marzio 69, Roma;

Prof. G. Verrotti: Cisterna dell'Olio 25, Napoli;

e col *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, via S. Orsola 1, Milano.

V. M.

(1326) Al dott. T. G., abbonato 3846:

Non conosciamo manuali che riguardino la Croce Verde: trattasi di istituzioni affatto indipendenti le une dalle altre. Le istruzioni ai militi riguardano il pronto soccorso ed il trasporto dei feriti o malati e possono trovarsi su qualunque manuale di istruzione per infermieri. *r. s.*

VARIA

La genesi della guerra europea.

Il prof. R. Jorge, presidente della Società delle Scienze Mediche di Lisbona, in un alato e nutrito discorso corredato della traduzione in lingua francese (1), indaga la genesi della guerra europea alla luce della biologia e della medicina: la psicologia del popolo — psicodemia — in Germania si è orientata verso una forma morbosa, delirio collettivo di grandezza o panteutomania, cui fu correlativo un delirio di persecuzione, che ha scatenato l'enorme conflitto, reso più atroce dalla mentalità e dalla preparazione tecnica di quel popolo, contro il quale è insorta, a difesa, tutta l'umanità, per metterlo fuori di combattimento.

Questa concezione è stata violentemente avversata dai tedeschi, che hanno lanciato contro il Jorge delle accuse e delle critiche insulse: tipiche quelle del Mense, che l'A. riporta e ribatte vittoriosamente in una prefazione apposta al suo magnifico discorso. F. G.

(1) R. JORGE. *A guerra e o pensamento medico. - La guerre et la pensée médicale.* — Lisbona, Ediçao da Sociedad das Sciencias Medicas.

La radiotelegrafia a servizio della chirurgia.

La *Patria degli Italiani* di New York dava la seguente notizia:

«Il marinaio Luigi Campodonico del Cargo-boat italiano *Marinaro*, durante la navigazione si ferì gravemente al braccio sinistro. Poichè si temeva che fosse necessaria la amputazione per prevenire una infezione, e il medico di bordo non era fornito di strumenti chirurgici, il comandante fece radiotelegrafare al medico della nave più vicina. Rispose il capitano Olivari, comandante del piroscafo *Re d'Italia*, promettendo immediato soccorso. Il *Re d'Italia* si diresse a tutta velocità verso il Cargo-boat e lo raggiunse in breve. Malgrado infuriasse una fortissima tempesta, il medico di bordo, dottor Ruggeri, si calò nella scialuppa e raggiunse il *Marinaro*, e dopo avere caricato sulle spalle il Campodonico, lo collocò nella scialuppa e lottando penosamente coi marosi, riuscì a portarlo sulla propria nave, ove praticò l'amputazione del braccio ferito. Il Campodonico all'arrivo del piroscafo a New York venne trasportato all'ospedale, dove si trova in via di guarigione. I giornali americani, raccontando il fatto, rilevano che questo è il primo caso di una operazione eseguita in pieno Oceano col concorso della radiotelegrafia».

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MICHELE SPEMOLLA. *Di una speciale sindrome morbosa e suoi rapporti con la cura dell'infezione malarica.* — Napoli, 1921.

CHIRONI PIETRO. *Rendiconto clinico-statistico del biennio scolastico* 1912-13 e 1913-14 *della Clinica Chirurgica operativa della R. Università di Torino.* — Caserta, C. Beneduce e C. Papa, 1920.

RONCHETTI VITTORIO. *Encefalite epidemica.* — Milano, 1920.

MARS CARLO. *Il Trifenil nella cura delle malattie infettive.* — Ariccia, Tip. Laziale, 1920.

PIGHINI GIACOMO. *Ricerche sulla Endemia Gozzo-cretinica.* — Reggio Emilia, 1920.

PENNATO P. *Roberto Massalongo* (Commemorazione). — Venezia, C. Ferrari, 1920.

PETROCCHI JULIO A. *Valoración Biológica de las Digitalinas del comercio, y su comparación con el Digipuratum.* — Buenos Aires, 1919.

ABBRUZZETTI ALFONSO. *Encefalite letargica e sindrome di Benedikt.* — Napoli, 1920.

STEFANILE G. *Note sulle condizioni climatiche, igieniche e sociali di Val-Camonica (in quel di Brescia).* — Napoli, N. D'Auria, 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità

Nei giorni 7, 8, 9 e 10 si è riunito il Consiglio Superiore di Sanità in adunanza plenaria con l'intervento di quasi tutti i componenti sotto la presidenza del senatore prof. Golgi. Il direttore generale della Sanità intrattenne il Consiglio intorno alla grave ripercussione avutasi sul *movimento della popolazione* (nascite, matrimoni, decessi) nel Regno a seguito della recente grande guerra, tenendo speciale conto dei danni nella salute e nelle vite dei civili e delle perdite e minorazioni per malattie infettive, importate o diffuse in conseguenza di tumultari spostamenti di gruppi di popolazione.

Tenendo presenti i rilievi eseguiti da demografi e le valutazioni fatte, è possibile un calcolo approssimativo dei danni economici di guerra subiti e provvedere ad un vasto programma di ricostruzione graduale, senza sconforti.

Particolarmente interessanti riuscirono le notizie fornite sulla *difesa organizzata durante la guerra*, per impedire la penetrazione allo interno, dal fronte nemico, di malattie infettive, e sulla spesa sopportata per tale difesa, la quale però ha costituito una delle più essenziali cause di economia di vite umane.

Le malattie delle quali fu tenuto particolare conto furono: la tubercolosi, il colera, il vaiuolo, la malaria, il tifo esantematico e la meningite cerebro-spinale.

La esposizione, arricchita di numerose tavole e diagrammi, riuscì di grande interesse e diede luogo a larga ed elevata discussione, alla quale presero parte i consiglieri Golgi, Foà, Marchiafava, Devoto, Levi, Badaloni, Maffi, Lanfranchi, Della Valle, Petella, Assauto, i quali misero in evidenza il valore notevole dei rilievi fatti dal relatore e la necessità di un'azione concorde di tutti gli organismi sanitari per affrontare i gravi problemi delineati.

MALARIA. — Interessantissima riuscì un'elaborata e minuta relazione dello stesso Direttore generale sulla lotta antimalarica combattuta nell'ultimo periodo, comprendente anche quello di guerra. Grazie alla vigile applicazione delle misure di vario ordine, la media annuale di mortalità per malaria, che nel triennio 1887-89 fu di 18,000, diminuì progressivamente, e tale discesa si accentuò maggiormente in seguito alla applicazione delle speciali provvidenze legislative per combattere la malaria, tanto da essersi avuta, nel triennio 1912-1914, la media di 2324 decessi ed un minimo di 2045 nel 1914. La cifra proporzionale per 1,000,000 di abitanti da 710 nel 1887 discese a 57 nel 1914 e similmente il numero indice da 100 si riduce a 10. Dati questi rivelatori del miglioramento che l'igiene italiana, con tenacia pari alla gravità della lotta, seppe conseguire strappando alla morte tante vittime e conservando al paese, e specialmente alla campagna, tanta attività di lavoro.

A partire dal 1915 all'incontro si nota una grave recrudescenza, e ciò per nuovi fattori perturbatori comparsi sulla scena in seguito alla guerra; ma già nel 1919 siamo in fase di diminuzione, non lontana dal minimo raggiunto nel 1914.

Passando al 1920, il relatore accennò come l'endemia malarica fu in generale meno diffusa e grave che nei cinque anni precedenti e continuò quasi da per tutto in questa tendenza a digradare, tendenza che, come è stato detto, si era già manifestata nell'anno precedente. Il maggiore beneficio è stato risentito nelle regioni più gravemente malariche dell'Italia meridionale e insulare.

Tale miglioramento si ebbe ad onta delle gravi difficoltà in cui si è svolta la lotta, difficoltà rappresentate anzitutto dalle esauste condizioni dei bilanci comunali, dallo elevato costo del chinino e dal permanere di alcune condizioni residuali del periodo bellico favorenti il paludismo locale ed il riaccendersi dei fattori di predisposizione locale e di diffusione della malaria; di più al riversarsi nel regno, per la smobilitazione, di un grandissimo numero di malarici di guerra. Tali difficoltà si cercò di superare intensificando lo sforzo, e di fatti il chinino consumato salì alla cospicua cifra di Kg. 30,674, cifra superiore a quella degli anni precedenti. A facilitare il rifornimento del farmaco si provvide anche con l'acquisto di esso da parte dei Comuni a credito e furono fatti funzionare depositi sussidiari regionali a Cagliari, Palermo e Bari.

Ad assicurare poi che per l'avvenire non debba la campagna antimalarica soffrire per la deficienza di chinino, come avvenne specialmente nel periodo bellico, fu fatto ogni sforzo per riscattare il nostro paese dalla gravissima soggezione del *trust* estero per la vendita del chinino, e mentre da una parte si è ottenuta la concessione di una estesa zona per la coltivazione della pianta della china nell'isola di Giava, dall'altra saranno iniziati esperimenti di coltivazione in grande di tale pianta in Eritrea.

Maggiore incremento ebbero nel 1920 gli ambulatorii, i dispensarii ed i sanatorii antimalarici, nè mancarono altre istituzioni sussidiarie, come colonie marine e montanine per bambini affetti di forme ribelli alle ordinarie cure.

Servizi speciali funzionarono in talune località dove fu richiamata in modo particolare l'attenzione della Direzione Generale della Sanità, e ciò col concorso della Croce Rossa o di altri enti. Così nelle Paludi Pontine l'assistenza sanitaria normale fu avvalorata con sei ambulanze, nell'Agro Romano funzionarono 8 posti fissi antimalarici e 2 ambulanze della Croce Rossa; come pure una stazione sanitaria funzionò in Maremma, due ambulanze antimalariche nelle Puglie (nelle provincie di Foggia e di Lecce), due ambulanze in Basilicata, a Recoleta ed a Palazzo S. Gervasio.

una in provincia di Catanzaro e tre in Sicilia, dove poi fu affidato al Sindacato obbligatorio per gli infortuni il servizio antimalarico in 195 miniere di zolfo, raggruppate in 50 zone.

In Sardegna il servizio venne di molto intensificato e mentre furono istituite condotte mediche speciali per la stagione antimalarica, furono impiantati vari ambulatorii, gestiti dall'Unione per l'assistenza antimalarica, sotto il patronato di S. M. la Regina Madre. A ciascuno di questi è stato preposto un sanitario ed un'infermiera diplomata, questa diretta dalla benemerita signorina Dall'Olio.

Nelle terre liberate, nel 1920, l'opera di intensa lotta è stata attuata con i fondi stanziati dal Ministero delle Terre Liberate. Nelle provincie di Venezia, Treviso ed Udine hanno continuato a funzionare gli ambulatorii speciali con refezioni, gestite dalla «Bonomelli» e gli asili antimalarici gestiti dall'«Umanitaria».

Per dare un'idea di questa benefica azione basta accennare alla provincia di Venezia dove funzionarono 49 ambulatorii speciali e 40 cucine.

Il Direttore generale s'intrattenne in modo speciale delle provvidenze adottate a favore dei congedati malarici, miranti ad assicurare a questi tutti i mezzi di cura necessari per la definitiva guarigione.

L'esplicazione del servizio fu affidato ad un Comitato centrale presso l'Assistenza militare, oggi presieduta dal prof. Vittorio Ascoli.

Comitati esecutivi furono istituiti in ciascuna provincia per svolgervi il servizio, avvalendosi del concorso delle autorità locali e dell'opera di medici condotti ed ufficiali sanitari. Molte difficoltà si incontrarono per il censimento, e ciò fece tardare alquanto i beneficii delle provvidenze, che vengono così riassunte:

Assistenza sanitaria, trattamento curativo gratuito a domicilio, o ambulatoriamente, o in reparti ospedalieri militari e civili, ovvero, per i casi più gravi, in appositi sanatorii; somministrazione gratuita di chinino e di altri medicinali coadiuvanti; sussidi alle famiglie dei ricoverati in ospedali ed in sanatorii; sussidi ai malati più bisognosi.

I risultati sono stati soddisfacenti.

In Sardegna e nel Lazio (Ostia, Fiumicino) fu dato energico impulso alla profilassi antianofelica; a Nettuno poi fu istituita una scuola pratica di malariologia, cui attende il capo del Laboratorio batteriologico della Sanità, e corsi per lo allenamento del personale ausiliario furono tenuti presso i laboratorii di Stato, come pure presso gli Istituti di igiene di Cagliari e Sassari.

L'azione profilattica antimalarica, svolta su vasta superficie, non potè avere da per tutto la stessa intensità e per questo si rende necessaria la collaborazione di tutte le altre amministrazioni. E siccome l'opera che si svolge in un settore non deve scompagnarsi da quella che si svolge nell'altro, così è necessario che degli ambulatorii e mezzi di cura, di cui si servono gli smobilitati malarici, usufruiscano anche i civili, senza dispendimento di energie e di mezzi. Come la sanità pubblica dà tutta la sua opera, la sua fede ed i suoi mezzi alla causa, così è certamente opportuna la cordiale collaborazione di tutti gli altri enti.

Il direttore generale completa la sua particolareggiata e dotta relazione affermando che non si debba cambiare rotta, ma continuare nel cammino migliorando gli istituti che la legge appresta, e sopratutto mantenendo il concetto che la vittoria non è e non sarà mai legata a questo o quel sistema di lotta.

Tutti i sistemi, conclude, sono buoni, ma ciascuno ha il suo demanio di applicazione e di rendimento: «chi avrà presente allo spirito questo corollario — che il Consiglio ha sempre richiamato alla nostra attenzione — avrà anche la maggiore probabilità di vittoria: vittoria lenta e contesa, ma auspicata dai nostri voti, affrettata dall'opera nostra perseverante».

La discussione che seguì fu elevata e serena e da tutti fu esaltata l'opera della Direzione Generale della Sanità Pubblica, che con provvidenze efficaci e tempestive ha saputo superare difficoltà gravissime.

Parlarono il prof. Golgi, il generale Petella, che ricordò l'opera dell'Ispettorato di Sanità Marittima nella zona di guerra (Isonzo e Basso Piave), il prof. Paternò che sostenne la opportunità di intensificare gli esperimenti per la coltivazione in grande della china in Eritrea, il generale Della Valle che mise in rilievo la collaborazione della sanità militare con la sanità pubblica nella lotta contro la malaria tanto nel periodo di guerra che in quello della smobilitazione, il prof. Ascoli che insistette per l'uso della cinconina come antimalarico e sulla utilità del rimboschimento per la bonifica delle zone malariche. Egli vorrebbe che le scuole sul tipo di quella impiantata a Nettuno venissero moltiplicate. Il prof. Villa vorrebbe intensificato il servizio di ispezione per spronare i sanitari locali, e l'on. Maffi che il chinino dello Stato venisse venduto al puro prezzo di costo.

A tutti rispose esaurientemente il relatore.

ASSISTENZA INFERMIERI. — Il prof. Levi si intrattenne sulla assistenza infermiera. La guerra, come ci ha mostrato tante altre cose, ci ha anche mostrato la importanza grandissima del problema assistenziale che è anche problema di pace.

Di fronte alle esigenze imperiose rilevate dalla guerra noi ci troviamo senza un personale adatto a far fronte ai nuovi bisogni.

Il relatore richiama la relazione dei professori Mangiagalli, Pestalozza e Miranda in occasione di studi sulla riforma del servizio delle levatrici, nella quale fu sostenuto che la figura ideale della infermiera ostetrica dovrebbe essere quella di una infermiera specializzata, come pure ricorda la relazione fatta dalla Commissione presieduta dal compianto onorevole Bertolini per la riforma del servizio di assistenza infermiera.

Parla della grande crociata di miss Florence Nightingale in Inghilterra, la quale sostenne la necessità che le infermiere siano scelte tra persone civili, colte e che abbiano compiuto adatti corsi teorico-pratici in ospedali e speciali scuole.

L'Inghilterra potè così formare un corpo di infermiere patentate, ottime sotto ogni punto di vista, che ha dato circa 60,000 professioniste.

Gli Stati Uniti furono i primi a seguire l'esempio dell'Inghilterra. Anche qualche buon passo ha fatto la Francia, come pure la Germania. Poco ancora è stato fatto in Italia; noi cominciamo, si può dire, ora. Grandi sono i vantaggi morali, igienici e delle industrie che si ricavano dalla provvida istituzione in Inghilterra ed America, e grandissimo il vantaggio che se ne potrebbe ricavare in Italia, specie dove difetta l'assistenza ospedaliera.

Le scuole per ora attivate da noi sono poche (Roma, Firenze, Napoli, Bologna, Milano), ma occorre disciplinarne il funzionamento. A Trieste il cessato governo aveva istituiti speciali corsi e venivano rilasciati speciali diplomi statali di autorizzazione.

Sullo importante studio presero la parola: il professore V. Ascoli, che ritiene che si debba procedere per due vie: creare una categoria di *infermieri autorizzati* per quelli che comunque hanno prestato servizio lodevole e una categoria di *infermieri diplomati* per il servizio di caposala. Riesce più facile provvedere a scuole per un numero limitato di infermieri *diplomati*. Importa che lo Stato prenda posizione netta regolando i *servizi di assistenza*. Infermiere diplomate e specializzate in ostetricia potrebbero aiutare i medici condotti nella assistenza degli ammalati. Occorrono all'uopo scuole governative-tipo in piccolo numero, due o tre, su cui potrebbero modellarsi scuole private.

Il prof. Maffi crede, anche lui, doversi andare per gradi, ma doversi cominciare dalle infermiere specializzate. Si potrebbero intanto inviare ad istituti di preparazione a tipo diverso un certo numero degli infermieri attuali, come del pari si dovrebbero creare scuole per infermieri visitatori per istituti dispensariali ed antitubercolari.

Il prof. Baduel ricorda, poi, quanto ha fatto la Croce Rossa e le scuole per volontarie dalla stessa impiantate, ed assicura che la Croce Rossa ha nominato una Commissione per preparare una scuola collegio-convitto per infermiere, in attesa di speciali disposizioni legislative.

Il Direttore Generale, ricordando gli studi fin ora compiuti, riconosce le difficoltà non lievi che si incontrano, ed assicura dello interessamento del Governo a risolvere la grave questione, ed intanto dà notizia che un apposito disegno di legge è stato preparato in seguito alla relazione Bertolini. Accenna alla opportunità di collegare il problema infermiere con quello delle levatrici; i due problemi si riconnettono e si innestano e dovrebbero avere un periodo di coltura e pratica comune, alla quale dovrebbe far seguito la specializzazione nelle diverse branche. Però è necessario che le diplomate abbiano un miraggio di carriera, non difficile a trovarsi ora che leggi speciali per la profilassi sociale della tubercolosi, malaria, sifilide e via dicendo, hanno messo a disposizione mezzi opportuni e palesata sempre più la improrogabile necessità di un personale infermiere di alto livello professionale, senza del quale gli stessi programmi di lotta sarebbero compromessi nella essenza medesima delle provvidenze disposte.

AFTA EPIZOOTICA. — Il prof. Di Vestea riferì sugli studi e ricerche compiuti sull'afta epizootica da apposita Commissione ministeriale nominata nel 1916.

Le indagini relative all'afta epizootica presero inizio da esperimenti di semplice aftizzazione naturale secondo il metodo classico, ricorrendo al criterio di prelevare il materiale aftizzante da capi ammalati di forme benigne. Successivamente il prof. Terni ideò un metodo di immunizzazione, consistente nel rafforzare nei bovini, guariti dalla afta spontanea o procurata, il grado di resistenza specifica che la malattia lascia di solito piuttosto fuggevole, mercè successive inoculazioni di virus aftoso (filtrati epiteliali) per via endovenosa o sottocutanea.

Altro metodo immunizzante, di rilevante importanza sotto vari aspetti ed anche di patologia comparata, è quello di Cosco-Aguzzi. Esso prende base dalla osservazione da questi sperimentatori fatta circa la virulenza del sangue degli animali aftosi, in determinati momenti degli accessi febbrili, e dalla constatazione che emazie debitamente lavate, inoculate nel torrente circolatorio, determinano nello organismo inoculato una reazione organica generale senza manifestazioni aftose, procurando un certo grado di immunità.

Allo stato attuale delle ricerche non è possibile stabilire se ed in quale grado possano o l'uno o l'altro metodo fornire risultati che li rendano idonei alle multiple contingenze della pratica. Infine, osservazione di grandissima importanza, specialmente nei riguardi della etiologia della infezione, è quella dello Aguzzi, il quale è riuscito a dimostrare all'ultramicroscopio la esistenza nei corpuscoli rossi, in coincidenza con lo stadio di virulenza degli stessi e solo in tale stadio, di inclusioni cellulari mobili, che per vari caratteri si differenziano dai resti nucleari.

L'insieme degli studi o ricerche eseguiti hanno suggerito alla Commissione le seguenti conclusioni:

1° Agli attacchi naturali di afta, residua regolarmente una condizione di resistenza al virus, durevole per mesi ed anche per anni; però non mancano casi in cui si vede la malattia recidivare due o tre volte anche in forma grave;

2° È possibile prolungare lo stato immunitario che residua da un primo attacco, con inoculazioni successive di virus a vari intervalli di tempo: lo stato immunitario, così rafforzato, si dimostra capace di proteggere per anni la maggioranza degli animali contro le occasioni di contagio del virus dominante nella località, fuori ricorrenza dell'afta maligna: a riguardo di questa la protezione risulta, dalle esperienze, assai minore.

Sulla relazione prendono la parola il prof. Di Vestea, il dott. Gualducci, il prof. Lanfranchi ed il comm. Moreschi, i quali fanno largo elogio alla Commissione per lo studio importantissimo che potè far venire a così rilevanti conclusioni.

Se i risultati ottenuti non segnano la risoluzione definitiva del problema, compensano però per la loro importanza gli sforzi compiuti.

Vengono successivamente trattati i seguenti oggetti:

Schema di regolamento generale sull'igiene del lavoro. — Il regolamento, di notevole importanza, fu trasmesso al Consiglio Superiore di Sanità dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Esso contiene disposizioni dirette a stabilire in modo preciso e ben determinato, anche nei dettagli, le norme da osservarsi a tutela dei lavoratori ed impiegati addetti ad aziende industriali, commerciali ed agricole contro le cause che possono rendere insalubre e nocivo il lavoro cui attendono.

Viene dato parere favorevole per l'approvazione con alcune modificazioni.

Regolamento riguardante i piani regolatori di ampliamento dei Comuni distrutti o danneggiati dalla guerra. — Viene dato parere favorevole per la approvazione con modificazioni.

Schema di regolamento per l'applicazione del contributo sulla costruzione e manutenzione della fognatura a Napoli. — Parere favorevole per l'approvazione con lievi modificazioni.

Proposte di modifiche al programma degli esami di idoneità per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, approvato con regio decreto 26 agosto 1912. — Si approvano le proposte dell'ufficio.

Norme igieniche da osservarsi nei cantieri, proposte di modifiche al regio decreto 25 luglio 1913. — Si dà parere favorevole per la introduzione delle proposte modifiche.

Elenco dei colori nocivi. — Si dà parere favorevole per l'approvazione.

Ricorso dott. Renold per negata inscrizione nell'Albo dei medici a Porto Maurizio. — Il ricorrente dott. Renold è suddito svizzero, ma laureato in Medicina e Chirurgia presso la Regia Università di Pavia.

Il Consiglio nello accogliere il ricorso, mise in evidenza la necessità che venisse meglio disciplinato il riconoscimento del diritto di esercizio dei laureati all'estero, e ritenne che tale esercizio dei sanitari stranieri in Italia non possa essere compatibile se non con una perfetta reciprocanza di trattamento per i nostri diplomi nei loro paesi.

Fu approvato analogo ordine del giorno da presentare al Ministro dell'Interno.

Regolamento per le scuole delle levatrici: modifica delle istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici. — Il Consiglio Superiore per l'istruzione pubblica in data 15 dicembre 1920 approvava uno schema di regolamento per le scuole delle levatrici proposto da apposita Commissione, composta dai professori Mangiagalli, Pestalozza e Miranda.

Tale regolamento rappresenta un notevole perfezionamento su quello vigente. Esso sancisce il principio che le scuole per le levatrici non possono essere lasciate alla iniziativa privata, ma debbono essere annesse ad istituti ostetrici universitari e che le scuole autonome devono del pari essere sottoposte alla vigilanza tecnica di una Facoltà od Istituto medico superiore, e che i direttori di esse debbano essere nominati per concorso; pure conservandosi alla scuola il carattere di scuola professionale popolare, si mira a garantire un sufficiente grado di istruzione alle ammittende. Sono poi meglio fissati i limiti d'azione professionale della levatrice.

Con poche modifiche, è stato emesso parere favorevole per l'approvazione del regolamento in esame; sono del pari state proposte modifiche alle istruzioni annesse al regolamento sull'esercizio ostetrico delle levatrici, il quale dovrà contenere lo elenco delle manovre operative ad esse vietate e di quelle consentite.

Si dà parere su altre *pratiche di minore importanza.*

Norme per lo svolgimento della campagna primaverile a favore dei congedati malarici.

Il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza militare e le pensioni di guerra — Servizio Assistenza militare — ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno la seguente circolare in data 2 aprile 1921:

Il Comitato tecnico consultivo antimalarico, istituito presso questo Sottosegretariato di Stato, nelle sue ultime sedute, ha tracciate le direttive secondo cui deve svolgersi, in questo periodo primaverile, la campagna a favore dei congedati malarici, e mi ha rassegnate, all'uopo, le seguenti proposte, che sono state da me accolte, e che trasmetto alle SS. LL., con preghiera di portarle a conoscenza dei Comitati Esecutivi Provinciali Antimalarici, affinchè vogliano darvi sollecita attuazione.

Censimento dei congedati malarici. — I Comitati Provinciali dovranno disporre che sia completato, ovunque ed al più presto, il censimento dei congedati malarici, per modo da assicurare con la maggiore liberalità, agli aventi diritto, i beneficii delle provvidenze statali.

Al riguardo si comunica che, a cura dell'Associazione Nazionale dei Combattenti, si sta ristampando il «Decalogo dei congedati malarici», e ne sarà inviato ai Comitati Provinciali un adeguato numero di copie, per darvi la massima diffusione fra gli ex-combattenti, specialmente nei luoghi da essi più frequentati.

Tale diffusione avrà certamente per effetto di incitare molti malarici, finora sfuggiti al censimento, a farsi censire.

Cura dei congedati malarici. — La malaria nella grande maggioranza dei casi, curata adeguatamente, può ritenersi esaurita nel periodo massimo di tre anni.

Occorre, pertanto, che l'opera di bonifica dei congedati malarici iniziata felicemente l'anno scorso, prosegua ininterrottamente, non solo, ma sia intensificata gradatamente, in questo trimestre, per raggiungere poi la massima intensità nel prossimo periodo estivo, e conservarla durante tutta la campagna estivo-autunnale.

Dopo il periodo di cura triennale cesserà lo speciale servizio, istituito a cura di questo Sottosegretariato, per l'assistenza dei congedati malarici, i quali, se non ancora guariti, rientreranno allora nel dominio dell'Assistenza Civile.

Potranno considerarsi guariti quei malarici i quali, nell'inverno e nella primavera inoltrata, cioè dal gennaio al giugno, non abbiano avute recidive, e nello stesso tempo presentino riduzione notevole dell'ingrossamento della milza e notevole miglioramento delle condizioni generali di nutrizione.

Per i malarici ritenuti guariti, il medico curante dovrà scrivere il proprio giudizio di guarigione sulla scheda del malato, ed in pari tempo comunicarlo al Comitato Provinciale antimalarico, perchè faccia analoga annotazione sul duplicato della scheda in suo possesso.

Cura ambulatoria. — La cura ambulatoria nei diversi Comuni deve essere fatta dagli Ufficiali Sanitari e Medici Condotti, sia nei loro giri di visita, sia in appositi ambulatorii o dispensarii, col distribuire direttamente il chinino agli infermi, per modo da avere la certezza che essi lo ingeriscano e non lo sciupino, nè lo vendano.

Ad agevolare la cura ambulatoria, e più specialmente la distribuzione del chinino, sono in corso, per parte di questo Sottosegretariato, degli accordi con quelle Pubbliche Amministrazioni e con quegli altri Enti, che si occupano o possono occuparsi della cura della malaria a mezzo di Istituzioni lor proprie, affinchè vogliano designare queste ultime ai Comitati Esecutivi Provinciali antimalarici, nello intento di stabilire un opportuno coordinamento di mezzi curativi a favore dei congedati, e di potere inoltre avere, col loro concorso, il maggior numero possibile di agenti fiduciari, che possano concorrere efficacemente coi Medici locali alla somministrazione dei farmachi.

In base alle comunicazioni che riceveranno dalle Amministrazioni e dagli Enti suddetti, i Comitati formuleranno il loro piano di lotta antimalarica, inspirato al migliore coordinamento possibile delle Istituzioni e delle energie esistenti, per modo che sia stabilito in ogni Comune il responsabile dell'assistenza e cura dei congedati malarici.

Del piano, così concretato, ogni Comitato Provinciale darà comunicazione a questo Sottosegretariato.

Ad ogni modo, la cura ambulatoria è quella su cui si deve fare il maggiore assegnamento per la bonifica dei congedati malarici, ed alla quale, per conseguenza, i Comitati Provinciali vorranno dare il massimo impulso.

Cura ospitaliera. — Nei casi più ribelli di infezione malarica sarà opportuno che i Comitati Provinciali avviino i malati alle Cliniche viciniori, od, in mancanza di queste, in Ospedali ove prestino servizio Medici notoriamente specializzati nella cura della malaria.

L'importanza di siffatta direttiva non ha bisogno di commenti.

Cure sussidiarie. — In seguito a proposta fattami dal Comitato Tecnico Consultivo, ho disposto che, nella preparazione delle pillole di chinino-ferro-arsenico, sia elevato da centigr. dieci a centigr. trenta il contenuto di chinino di ciascuna pillola.

Tale aumento dovrà essere portato a conoscenza di tutti i Sanitari curanti, perchè ne traggano norma nella somministrazione del farmaco.

Norme tecniche per i Medici. — Quanto prima verranno emanate dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica delle norme tecniche, relative alla cura della malaria, per uso dei sigg. Medici, e ne sarà trasmesso ad ogni Comitato Provinciale un congruo numero di copie.

I Comitati provvederanno perchè ne sia fatta una sollecita distribuzione a tutti i Medici Condotti ed Ufficiali Sanitari, affinchè vogliano tenerle presenti nella cura dei congedati malarici.

Sussidi speciali ai congedati malarici più bisognosi. — È già stata portata a conoscenza delle LL. SS. la determinazione di questo Sottosegretariato di Stato, di intensificare i provvedimenti economici di assistenza a favore dei congedati malarici, che, trovandosi in condizione di maggiore bisogno, necessitano di un più sollecito aiuto, specialmente se minacciati dal sopraggiungere di malattie intercorrenti.

Ed all'uopo è stata messa a disposizione dei Comitati Provinciali la somma di L. 2000, in aumento alle L. 5000 assegnate con Circolare RS. 3070-2 del 16 agosto 1920.

Non dubito che i Comitati Provinciali vorranno continuare a dare tutta la loro opera solerte ed attiva anche in questa forma di assistenza a favore dei congedati malarici, tenendo presenti le disposizioni emanate con la Circolare RS. 6820-2 del 18 marzo u. s.

Resultati del trattamento curativo dei congedati malarici durante il secondo semestre 1920. — Occorre a questo Sottosegretariato di Stato di conoscere, al più presto e con la maggiore possibile esattezza, i risultati delle cure ambulatorie ed ospitaliere praticatesi ai congedati malarici nel secondo semestre 1920, dovendo i medesimi servire di norma per l'ulteriore svolgimento della campagna a favore di questi ultimi.

Prego, pertanto, le SS. LL. di disporre perchè sia affrettato l'invio dei relativi prospetti statistici, da compilarsi con le norme contenute nella Circolare RS. 6560-2 del 26 febbraio c. a.

Al fine, poi, di rendere più sollecito il lavoro riassuntivo ed il giudizio complessivo per parte di questo Sottosegretariato, invito i Comitati Provinciali a trasmettere, insieme ai singoli prospetti redatti dai Medici curanti e dai Direttori degli Ospedali, un riepilogo da cui risultino, riassunte per Comuni e per Ospedali, le cifre dei malarici guariti, migliorati e stazionari.

Conferimento di premi pecuniari al personale sanitario. — Come è stata premura di questo Sottosegretariato di Stato, di premiare in forma tangibile gli Ufficiali Sanitari e Medici Condotti che si sono maggiormente distinti nel servizio di assistenza a favore dei congedati malarici fino al 31 dicembre 1920, così è intendimento suo di fare per l'anno 1921, in giusto riconoscimento dell'attività che i Sanitari stessi svolgeranno nelle ulteriori operazioni di censimento di propaganda e di cura.

Criterio di massima, nell'assegnazione di tali premi, è che essi debbono essere globali, e verranno corrisposti alla fine dell'anno 1921, in misura proporzionata al numero dei malati assistiti da ciascun Medico e di quelli guariti.

All'uopo, i Comitati Provinciali, nel fare a questo Sottosegretariato, al momento opportuno, le proposte di detti compensi, dovranno determinarle in base ai seguenti criteri: che una metà del compenso dev'essere assegnata in proporzione del numero dei malarici *guariti*, un quarto in proporzione del numero di quelli *assistiti*, ed un altro quarto in relazione alle *speciali benemerenze acquistate* dal Sanitario, specialmente nel campo del censimento e della propaganda.

Norme Amministrative. — Si richiama l'attenzione dei Comitati Provinciali all'osservanza delle disposizioni emanate con le Circolari RS. 5930-2 del 7 gennaio 1921 ed RS. 6600-2 del 18 marzo c.a., relative alle spese per retribuzioni dei Medici designati a coadiuvare i Medici Provinciali, ed alle spese per il funzionamento dei Comitati.

Per le prime, questo Sottosegretariato attende dai Comitati le relative proposte. Quanto alle spese di funzionamento, esse sono state ridotte a quelle strettamente indispensabili, per la preparazione dei pacchi dei medicinali da inviare ai Comuni, e, fino al 30 giugno 1921, anche per le provviste di cancelleria, ed altre piccole spese di ufficio, non potendo tali spese far carico agli Uffici Provinciali per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra, i quali non ebbero modo di preventivarle nel loro bilancio per l'esercizio finanziario in corso.

I Comitati Provinciali, pertanto, potranno fare assegnamento, per tali titoli di spese, su di una somma complessiva non superiore alle L. 50 mensili. Ed all'uopo, e sempre contenendosi nel limite suddetto, i Comitati sono autorizzati a servirsi, dapprima, delle somme residuate al 31 dicembre 1920 sul fondo «spese generali»; ed in seguito, qualora occorra, a richiedere a questo Sottosegretariato ulteriori anticipazioni.

All'infuori delle spese suddette, nessun'altra è consentita ai Comitati per il loro funzionamento, dovendo il servizio di Segreteria essere disimpegnato esclusivamente dal Segretario dell'Ufficio Provinciale per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra.

In quanto alle spese per le eventuali ispezioni dei Medici designati a coadiuvare i Medici Provinciali, esse, per inderogabili necessità di bilancio, dovranno ridursi allo stretto necessario, ed essere contenute nel limite massimo di L. 700 per l'intero trimestre in corso, comprendendovi diarie di trasferta e spese di viaggio.

Si ritiene poi opportuno ricordare che, per tutte le anticipazioni fatte, sia per il funzionamento dei Comitati, che per le retribuzioni dei Sanitari designati a coadiuvare il Medico Provinciale, dovranno dai Comitati essere trasmessi a questo Sottosegretariato i relativi rendiconti alla fine di ogni trimestre.

Si attende dalle SS. LL. un cenno di ricevuta e di assicurazione dell'osservanza.

Il Sottosegretario di Stato
F.to: BIANCHI.

Pei congedati malarici.

Il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra - Servizio Assistenza Malarici - ha concesso ai Sanitari delle seguenti provincie, riservandosi di provvedere alle altre a mano a mano che giungeranno i rapporti e le proposte dei rispettivi Comitati provinciali:

1. Prov. di *Bergamo,* a titolo di compenso per l'opera di assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, i seguenti premi: Dott. Vallone Giovanni, del Comune di Treviglio, L. 400 — Dott. Loglio Giuseppe, del Comune di Caravaggio, L. 400 — Dott. Moroni Giuseppe, del Comune di Ghisalba, L. 300 — Dott. Bassi cav. Emilio, del Comune di Martinengo, L. 300 — Dott. Bresciani Vincenzo, del Comune di Torre Boldone, L. 300 — Dott. Casiraghi Luigi, del Comune di Ponte S. Pietro, L. 300 — Dottor Cinquini Luigi, del Comune di Sediate, L. 300 — Dott. Montanari Francesco, del Comune di Chiuduno, L. 300 — Dott. Mariso Giulio, del Comune di Verdello, L. 300 — Dott. Pontonieri Antonio, del Comune di Calusco d'Adda, L. 300 — Dottor Gobbi Giuseppe, del Comune di Pontirolo, L. 300 — Dott. Zamboni Emilio, del Comune di Arcene, L. 300.

2. Provincia di *Livorno*: Dott. Fabretti Sante, Comune di Rio nell'Elba, L. 400 — Dott. D'Ambrosio Francesco, Comune di Rio Marina, L. 100 — Dott. Bianchi Michele, del Comune di Porto Longone, L. 100 — Dott. Marini Eugenio, del Comune di Portoferraio, L. 150 — Dott. Salmi Luigi, del Comune di Livorno, L. 400 — Dott. Daddi Egidio, del Comune di Livorno, L. 250 — Dottor Mariotti Antonio Mario, del Comune di Livorno, L. 500 — Dott. Conti Unico, del Comune di Livorno, Ispettore, L. 600.

3. Provincia di *Lucca*: Dott. Francalanci cav. Edoardo, Comune di Massarosa, L. 500 — Dott. Bardelli Torello, Comune di Monsummano, L. 500 — Dott. Pini Mario, del Comune di Viareggio, L. 300 — Dott. Parenti Giovanni, del Comune di Bagni di Montecatini, L. 300 — Dott. Barsottelli Adelmo, del Comune di Camaiore, L. 300 — Dott. Bernardi Cleto, del Comune di Borgo a Mozzano, L. 300 — Dott. Pilli Giuseppe, del Comune di Buggiano, L. 300 — Dott. Coli Renato, del Comune di Coreglia Antelminelli, L. 300 — Dottor Marescotti Arturo, del Comune di Monsummano, L. 500 — Dott. Mariotti Mario, del Comune di Monsummano, L. 500 — Dott. Spigai Silvio, del Comune di Massarosa, L. 500 — Dott. Pellegrini Cosimo, del Comune di Massarosa, L. 500 — Dottor Chiappina Amorino, del Comune di Massarosa, L. 500 — Dott. Salvi Leonardo, del Comune di Borgo a Mozzano, L. 300 — Dott. Giusti Enrico, del Comune di Borgo a Mozzano, L. 300.

4. Provincia di *Siena*: Dott. Giannotti Benvenuto, Comune di Montepulciano, L. 300 — Dott. Palazzi Corrado, Comune di Colle Val d'Elsa, L. 300 — Dott. Bassi Ezio, del Comune di Rapolano, L. 300 — Dott. Funari Roberto, del Comune di S. Quirico d'Orcia, L. 300 — Dott. Tarantini Amerigo, del Comune di S. Casciano Bagni, L. 300 — Dott. Papi Ettore, del Comune di Buonconvento, L. 300 — Dott. Del Lena Gioacchino, del Comune di Gaiolo, L. 300 — Dott. Mazzetti Cesare, del Comune di Siena, L. 300 — Dott. Gianni Ludovico, del Comune di Radda in Chianti, L. 300 — Dott. Picarozzi Augusto, del Comune di Chiusi, L. 200 — Dott. De Remer Raffaello, del Comune di Castelnuovo Berardenga, L. 200 — Dottor Magni Egidio, del Comune di Cetona, L. 200 — Dott. Santini Giuseppe, del Comune di Montalcino, L. 200 — Dott. Pieraccini Guido, del Comune di Poggibonsi, L. 200 — Dott. Dominici Olinto, del Comune di S. Gimignano, L. 200 — Dottor Vegni Giuseppe, del Comune di Sarteano, lire 200.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della Provincia di Milano.

È stato approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

«*I Medici di Milano e Provincia*, riuniti in Assemblea Straordinaria dell'Ordine il 3 aprile 1921 per esprimere il proprio giudizio in merito alla nota lettera del Sindaco dott. Filippetti, colla quale negando all'Ordine la collaborazione del Comune per la lotta antivenerea iniziata dall'Ordine stesso e cortesemente propostagli dalla Presidenza, dichiarava di ritenere tale collaborazione «*personalmente indecorosa*»;

«*confermando* di giudicare altamente deplorevole e riprovevole la condotta della Lega dei Medici Socialisti di Milano, presieduta dal dott. Filippetti, nei confronti dei colleghi dott. Centanni e Mogliazza;

«*ritengono* di conseguenza falsamente motivata e gravemente offensiva per tutta la Classe Medica Milanese la lettera del Sindaco dott. Filippetti;

«*considerato* che tale lettera, scritta dal dottore Filippetti non come medico, ma nella sua qualità di Sindaco di Milano, pur essendo altamente censurabile non è disciplinarmente perseguibile dall'Ordine;

«*plaude* al contegno dignitoso e leale del Presidente e del Consiglio Direttivo dell'Ordine ed *esprime la propria recisa disapprovazione* alla condotta del dott. Filippetti nei rapporti con la Classe Medica».

L'assicurazione contro le malattie nella Czeco-Slovacchia.

È entrata in vigore nella Repubblica czeco-slovacca una legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il limite superiore degli introiti oltre il quale l'assicurazione non è obbligatoria, è fissato a ventimila corone annue. Notevoli modificazioni sono state introdotte rispetto alla legge che vigeva negli antichi territori austriaci: il diritto agli assegni di malattia ed alle cure mediche è stato portato da 26 settimane ad un anno; la scelta del medico da parte degli assicurati è stata resa perfettamente libera; l'assegno o sussidio di malattia è stato quadruplicato.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8788) *Constatazione necroscopica.* — Dott. A. M. da M. — La pratica che si segue costà per la constatazione dei decessi non è in armonia col vigente Regolamento di polizia mortuaria. Non è, infatti, ammissibile che il cadavere sia rimosso dal luogo del decesso e trasportato sei chilometri lontano prima della constatazione necroscopica ai sensi dello articolo 6 del precitato regolamento mortuario. Il medico curante può rilasciare il certificato di causa di morte senza aver visitato il cadavere e però se, per caso, la morte sia dovuta a causa delittuosa si altererebbe lo stato di fatto attuale con evidente pregiudizio degli interessi della giustizia che non si troverebbe in possesso di tutti gli elementi di tempo e di luogo necessari per formarsi un esatto concetto delle circostanze con le quali avvenne la morte.

(8789) *Inscrizione all'Albo dell'Ordine.* — Dottor A. A. da T. nel L. — Per l'iscrizione all'Albo dei sanitari deve rivolgere analoga domanda al Consiglio dell'Ordine dei medici con sede in Roma, Piazza Foro Traiano n. 1.

(8790) *Riassunzione in servizio.* — Dott. A. L. da P. — Con le dimissioni date ed accettate si ruppe il rapporto di impiego che Ella avea nel Comune e, quindi, ora non può essere colà rinominato medico condotto che in base a nuovo concorso, per l'ammissione al quale non fa ostacolo il limite di età, avendo Ella già prestato servizio in altre condotte.

(8792) *Imposta di Ricchezza mobile - Convitto orfani sanitarii in Perugia.* — Dott. L. M. da G. — Poichè nella deliberazione di nomina non è fatto cenno della esenzione dal pagamento della Ricchezza mobile, era tenuta a versarne l'ammontare mensilmente; e poichè tale versamento mensile non fu eseguito, non deve meravigliare se venga ora richiesta tutta in una volta la somma complessiva cui ammonta tale tributo. Rifiutando il pagamento si obbligherebbe il Comune a sostenere una spesa che ad esso non compete e che costituisce non una spesa facoltativa, ma una mera liberalità non consentita alle Amministrazioni municipali. Anche il medico interino è obbligato al pagamento del contributo per il mantenimento degli orfani dei sanitarii in Perugia. L'ammontare di tale contributo fu elevato recentemente ad annue lire 24.

(8794) *Segreto professionale.* — Dott. G. M. da S. — La palesazione di quanto si è appreso nell'esercizio della professione non deve essere fatta quando possa produrre danno alla persona cui il segreto si riferisce ad altri. Nei casi in cui non può essere fatta ai termini dello articolo 163 del Codice penale l'esonero della parte interessata non vale in quanto che a nessuno è concesso di variare o permettere che non si eseguano tassative disposizioni di legge. Di tal che se il segreto produce nocumento alla parte od anche a terze persone deve essere scrupolosamente mantenuto e non può essere svelato senza giusta causa, non ostante qualsiasi contraria autorizzazione o dichiarazione fatta dalla parte interessata.

(8796) *Medico condotto - Incompatibilità per la elezione a Consigliere Comunale e Provinciale.* — Dott. R. B. da S. — Il medico condotto interino non può essere Consigliere Comunale perchè impiegato Comunale. Vedi Vigo: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale». Non si parla di modificazione per effetto di nuove possibili leggi al riguardo.

(8798) *Ricchezza mobile.* — Dott. M. L. da K. — Tanto il medico condotto quanto il libero esercente sono obbligati a pagare la Ricchezza mobile, il primo sullo stipendio, il secondo sugli introiti professionali. Sullo stipendio di lire 6000 ricadono lire 519 di ricchezza mobile.

(8799) *Pensioni.* — Dott. U. P. da F. di R. — Per poter rispondere al quesito da Lei fatto occorre che lo ripeta riportando il Capitolato approvato il 24 settembre scorso e la sua esatta attuale posizione a riguardo della Cassa di previdenza.

(8800) *Interinato - Stabilità.* — Dottore G. S. C. da G. — Nessuna legge autorizza i medici interini a reclamare la stabilità dopo il primo biennio di servizio. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. G. J. da I. T.:

Le proposte della speciale Commissione per il riordinamento dei servizi sanitari militari in parte sono state già attuate, altre sono in via di attuazione, per altre infine, come l'abbassamento dei limiti di età, non sono note le decisioni del Ministro.

È esatto che per il calcolo dello stipendio spettante agli ufficiali medici è tenuto conto di quattro anni di studi universitari,

Al dott. L. D. da P. S.:

Dopo la pubblicazione del Ministero della guerra: «Invalidità di guerra, ecc.», in data 1919, nessun'altra raccolta di disposizioni risulta pubblicata dal dicastero suddetto.

M. G.

CONCORSI.

BIELLA. — Medico Primario nell'ospedale, per titoli. Scad. 10 maggio. L. 6000 nette e percentuale provento tasse di cura degli abbienti. Servizio entro il 1° gennaio 1922. Il concorso potrà essere annullato qualora vi sia un solo concorrente od i concorrenti non siano dichiarati idonei. Per altri schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

BOLOGNA. — Assistente del Laboratorio Medico-Micrografico dell'Ufficio Municipale d'Igiene. Titoli ed esami. Scad. ore 12 del 31 maggio. Età limite 40 anni. L. 9500, quattro aumenti triennali e uno quinquennale di L. 500; c.-viv. Chiedere annunzio al Commissario prefettizio.

CARBONE (*Potenza*). — Condotta per i poveri; L. 3000 (*sic*), più caro-viv. e L. 500 se uff. san. Chiedere avviso. Scad. 20 maggio.

CASTELNUOVO (*Verona*). — L. 7000 con 4 quinq. del decimo, doppio c.-v., L. 1800 in corso d'aumento per mezzo trasp. Scad. 15 maggio.

CENATE SOTTO (*Bergamo*). — Consorzio; al 15 giugno; per mille poveri incirca su 4026 ab.; lire 6500 oltre L. 1000 per mezzo trasp. e L. 500 per uff. san.

CHIESA (*Sondrio*). — Consorzio con Lanzada e Caspoggio; L. 6000, L. 500 dopo il biennio di prova, quinquenni, L. 1380 per trasp., L. 500 quale uff. san. Scad. 16 maggio.

CHIRIGNAGO (*Venezia*). L. 6000 fino a 500 fam. povere, L. 5 ogni fam. in più, L. 800 per zona malarica, L. 1800 trasp., L. 600 uff. san., L. 100 trasferte, tre quinquenni del dec., caro-viv. Scadenza 10 maggio.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Chirurgo primario a cura residenziale; a tutto il 20 mag.; L. 9000 lorde e tre quinquenni del decimo; doppio c.-v.; per le operazioni agli abbienti negli Ospedali Uniti diritto ad onorario; pel disimpegno delle mansioni v'è il concorso di un aiuto chirurgo. Servizio entro 20 giorni. Rivolgersi al Sindaco.

CIVIDATE AL PIANO (*Bergamo*). — Condotta autonoma; ab. 3400 di cui 6/7 nel capol.; tutta entro un raggio di 3 km.; ospedale Vezzoli; km. 2,5 dalla staz. ferr. Calcio. L. 6750 per 1080 pov.; L. 500 come uff. san.; L. 750 mezzo trasp.; quattro quinquenni del dec. Età limite, 40. Scad. 30 giorni dall'11 aprile, ore 17.

CONFIENZA (*Pavia*). — Al 25 mag.: L. 6500 residenziali, L. 1000 per 1000 pov., L. 2000 per cavallo e vettura, L. 500 quale uff. san. Poveri 2000 circa. Quadrienni del decimo. Alloggio con scuderia, fienaia, rimessa e giardino mediante canone d'affitto.

FANANO (*Modena*). — Due condotte; L. 8000 e 10 bienni del ventesimo; c.-v.; L. 2500 per cavalc. Scad. 31 maggio.

GONARS (*Udine*). — Al 15 mag.: L. 6000 fino a 1000 pov., addizion. di L. 1.50, tre quinquenni del decimo; L. 2000 per il cavallo, L. 700 quale uff. san.; caro-viv.; in corso d'approv. indenn. all. e 2° caro-viv. Ab. 4000 di cui 400 pov.; due frazioni. Ottima viabilità.

MIRANDOLA (*Modena*). — L. 8000 e dieci bienni del ventesimo, due c.-v., L. 2500 per calvalc., lire 1300 per servizio medico al Deposito Allevam. Cavalli di Portovecchio, alloggio. Scad. 12 mag.

NICOSIA (*Catania*). — A tutto 31 maggio; L. 5000 e cinque quinquenni del decimo, senza c.-viv.; L. 2 addizionale oltre 1000 pov.; L. 3 oltre 2000, non oltre 3000. Condotta unica.

ORCIANO (*Pesaro*). — Capoluogo: L. 6000 pei poveri, L. 2000 per la generalità, due sessenni del decimo, caro-viv., L. 300 quale uff. san., L. 1800 per la cav. Ambulatorio nell'Osped. Civile. Scadenza 10 maggio.

PADOVA. — Assistente effettivo presso l'Ospedale Civile; L. 5000 nette di C. P.; quattro bienni del decimo; c.-viv.; stanza di abitaz.; eventuali turni a L. 15. Votazioni esami speciali. Scad. ore 17 del 10 maggio. Biennio di prova. Funzioni entro 10 giorni.

PALAIA (*Pisa*). — Due condotte; L. 6000 e 5 quadrienni del decimo; L. 2000 cav. (In corso aumenti a L. 7000 con 8 trienni del decimo e a L. 3000). Ai medici provenienti da altri Comuni verrà computato il servizio prestato. Amena posizione; viabilità. Scad. 10 mag. Gli eletti dovranno assumere servizio nel perentorio termine che verrà assegnato dalla partecip. di nomina.

PALAZZO (*Bergamo*). — Al 15 maggio; L. 6500 per 1000 poveri, L. 1000 trasf.; L. 500 p. uff. san.; L. 500 disag. resid.; L. 300 ambulat.; c.-v.

PALUZZA (*Udine*). — Al 30 maggio; L. 6000 e tre quinquenni del decimo, due c.-v., L. 1800 per cav., L. 600 per uff. san.; L. 1.50 per ogni povero oltre i 1000.

PIANO DEL VOGLIO (*Bologna*). — Due condotte: L. 8000 lorde aumentabili come per gl'impiegati comunali, caro-viv., L. 1200 per condotta disagiata, L. 3000 per mezzo trasp. Scad. 15 maggio.

S. EUSANIO DEL SANGRO (*Chieti*). — L. 4500 p. poveri; L. 500 uff. san.; L. 100 p. arm. farm.; c.-v.; 4 quinquenni del decimo. Scad. 31 maggio.

TRIESTE. *Municipio*. — In relazione al concorso al posto di capo del Laboratorio medico-micrografico di Trieste, di cui demmo notizia nel fascicolo scorso, il Municipio (Assessore preposto agli affari personali) ci comunica che gli emolumenti accennati (stipendio fondamentale, sussidio di alloggio, aggiunta di funzione, indennità caro-viv.) s'intendono al netto, liberi da qualsiasi ritenuta d'imposta o contributo per la pensione.

Il Comune di Trapani (Palermo) cerca medico interino per la fraz. Fulgatore, distante 20 Km. dal centro, al quale è collegata da servizio automobilistico; ab. 5000 circa; campagna antimalarica. Scrivere indicando pretese al Sindaco.

Accetterebbesi interinato Marche, Umbria, Toscana. Dott. Della Rovere, via Boncompagni, 93 - Roma.

Diffide.

Il Consiglio della Sezione Modenese dell'A. N. M. C. nella sua seduta del 4 aprile corr. ha proclamato il boicottaggio al concorso che la Congregazione di Carità di Finale Emilia, in data 18 marzo p. p., ha indetto al posto di Chirurgo Direttore dell'ospedale di Finale Emilia: 1° perchè il posto è occupato dal collega e consocio Bonacini dott. Pio con regolare e definitiva nomina, che risale al 6 giugno 1895; 2° perchè il concorso è stato aperto ad insaputa del titolare dott. Bonacini.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ROMA. — In esito al concorso per titoli a quattro premi *ordinari* di «Fondazione Corsi» per laureati in Medicina e Chirurgia della R. Università di Roma il Consiglio Accademico dell'Università, approvata la relazione della Facoltà di Medicina, ha conferito un premio a ciascuno dei seguenti dottori: Cassuto Augusto, perfezionando in Clinica Chirurgica; De Sanctis Monaldi Tullio, perfezionando in Fisiologia; Mingazzini Ermanno, perfezionando in Clinica Chirurgica; Grossi Vincenzo, id: id.

In esito al concorso per titoli ad un premio ordinario di «Fondazione Colasanti» per laureati in Medicina e Chirurgia della R. Università di Roma, pel perfezionamento in Farmacologia, il Consiglio Accademico ha approvato la relazione ed assegnato il premio al dottor Monteleone Remo. Il dott. Monteleone non potrà però goderne avendo optato per altro premio di cui è risultato vincitore.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: dott. Giuseppe Filardi, Roma. Rallegramenti cordiali per la ben meritata onorificenza.

L. P.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia (marzo 1921)

	28 febb. 6 marzo		7-13 marzo		14-20 marzo		21-27 marzo	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	219	2227	275	2379	236	1712	248	2181
Scarlattina	49	116	72	181	53	126	56	134
Vajuolo e vajoloide	42	95	38	119	48	124	29	58
Tifo addominale	90	151	134	294	93	179	103	163
Difterite e croup	148	214	144	224	138	221	99	167
Meningite cerebro-spinale	2	2	4	4	3	4	1	1
Dissenteria	2	2	3	3	—	—	2	2
Tifo petecchiale	—	—	1	1	—	—		

Permane la diffusione del morbillo nel Piemonte, Lombardia, Emilia, Toscana; nella prima quindicina eravi anche nelle Puglie, nella seconda quindicina, nella Campania.

La scarlattina ed il tifo addominale, sono diffuse, a tipo sporadico; analogamente la difterite, di cui si nota una certa frequenza in Lombardia, nel Veneto, in Toscana. Quanto al vajuolo si notano diversi comuni infetti in Sicilia; nel Lazio si è avuto durante la 2ª e 3ª settimana un focolaio epidemico ad Anzio (complessivamente 37 casi), subito domato, tanto che nessun caso si è più verificato.

M.

NOTIZIE DIVERSE.

La Croce Rossa e la guerra civile.

La X Conferenza Internazionale della Croce Rossa ha trattato la importante questione dell'*Opera della Croce Rossa in caso di guerra civile,* sulla quale il sen. Ciraolo, Presidente della Croce Rossa Italiana, aveva presentato una elaborata relazione.

La Commissione incaricata dello studio e del coordinamento delle varie relazioni nominò relatore il prof. Tullio Rossi Doria.

Il prof. Rossi Doria, spiegato come la questione già presentata alla Conferenza Internazionale di Washington fu allora messa da parte *perchè presentava troppe difficoltà e troppi pericoli,* dice che essa ben può essere discussa oggi che i tempi sono tanto cambiati, oggi che la Croce Rossa ha un còmpito ben importante, poichè essa deve sollevare tutte le miserie, soccorrere tutte le vittime della violenza e nessuno quindi può contestarle il diritto di proteggere le famiglie dei ribelli e i prigionieri politici.

Il prof. Rossi Doria, a cui il Presidente Ador e l'Assemblea tributa un caldo elogio per la sua brillante relazione, così riassume le conclusioni della III Commissione:

«La Croce Rossa, che al di sopra delle competizioni politiche, sociali, di confessioni, di razza, di classe e di nazioni, afferma il suo giudizio e il suo dovere di azione e di soccorso in caso di guerra civile, di torbidi sociali e rivoluzionari; riconosce che tutte le vittime della guerra civile e dei torbidi suddetti senza alcuna eccezione, hanno diritto ad essere soccorse conforme i principii generali della C. R.; in ogni nazione dove scoppi la guerra civile la C. R. Nazionale ha in primo luogo il dovere di fronteggiare nel modo più completo il bisogno di soccorso delle vittime, e a questo effetto è indispensabile che essa sia lasciata libera di agire con tutta imparzialità a beneficio di tutte le vittime; nei casi in cui la C. R. Nazionale non può compiere l'opera di soccorso potrà intervenire il Comitato Internazionale con modalità da stabilirsi.

Dopo una elevata discussione alla quale prendono parte molti dei delegati presenti, la Conferenza «approva le conclusioni della relazione presentata dalla III Commissione e le raccomanda allo studio di tutte le Società Nazionali della C. R.; essa emette il voto che tutte le Società di C. R. d'accordo col Comitato Internazionale della C. R. si impegnino a fare una propaganda intesa per creare in tutti i paesi una opinione pubblica illuminata che conosca la completa imparzialità della Croce Rossa; e ciò allo scopo che la C. R. goda in tutto il mondo e in tutte le occasioni senza alcuna eccezione della diffusione e dell'affetto di tutto il popolo, senza differenza di partiti, di confessioni, di classi o di individui, condizione indispensabile perchè la Croce Rossa possa compiere il suo mandato e perchè sia ottenuta la garanzia più efficace contro ogni violenza alla Croce Rossa in caso di guerra civile».

Per le Industrie Sanitarie Italiane.

Come abbiamo annunziato, sta per attuarsi a Parma un *Secondo Congresso per le Industrie Sanitarie Italiane,* ed il Comitato costituitosi, presieduto dal chiarissimo prof. A. Valenti, farà di tale Congresso, indetto per la seconda decade di giugno, un'affermazione di eccezionale importanza.

Contemporanea al Congresso sarà pure effettuata in Parma una *Prima Mostra Nazionale di Piante Medicinali, di Macchinario e di Materiale di confezionamento.*

A tale Mostra, che riuscirà d'interesse scientifico ed industriale, il Comitato Centrale Permanente per le Industrie Sanitarie Italiane ha creduto bene di proporre che venisse aggiunta un'altra Sezione, quella cioè dei prodotti elaborati (chimico-farmaceutici e biologici) e idrologici (acque minerali e loro derivati) e tale idea è stata pienamente accolta dal Comitato di Parma, il quale mette a disposizione l'area necessaria nel grandioso locale chiuso che accoglierà tutte le Mostre. L'organizzazione della nuova Sezione è stata, dalla Commissione Permanente, affidata ad uno dei suoi componenti, il prof. P. Piccinini, con facoltà di aggregarsi dei collaboratori sia locali (Milano) e sia nelle varie parti d'Italia.

Nuovo è il concetto informatore di questa Sezione, in quanto essa raccoglierà principalmente la «Letteratura scientifica» dei singoli prodotti e delle acque minerali, e corrisponderà quindi, anche nel criterio che sarà tenuto per le premiazioni, all'indirizzo scientifico che guida queste nuove manifestazioni collettive delle industrie italiane, ben comprese della necessità di allearsi strettamente alla scienza.

Delegato per la Sezione Chimico-Farmaceutica e Idrologica è il prof. P. Piccinini.

I Convegno di igiene sociale della Liguria.

Dalla Lega di Igiene Sociale della Liguria è indetto nei giorni 27-28-29 maggio p. v. in Genova un convegno tra gli Enti pubblici, Associazioni e privati liguri, per concretare provvedimenti efficaci contro il diffondersi della tubercolosi, dell'alcoolismo, delle malattie sessuali, della delinquenza minorile. Il Convegno si occuperà ancora della protezione della prima infanzia, della istruzione igienica nelle scuole primarie, della formazione di un corpo di assistenti sanitarie e di importanti questioni riguardanti l'igiene industriale.

Segretario del Comitato ordinatore è il dottor Giovanni Campora.

Congresso Internazionale per la protezione dell'Infanzia.

Avrà luogo a Bruxelles dal 18 al 21 luglio; sarà diviso in quattro sezioni: 1ª Preservazione morale dell'infanzia e tribunali per fanciulli; 2ª Infanzia anormale; 3ª Igiene infantile, Puericoltura; 4ª Orfani di guerra.

Associazione Nazionale Tubercolotici di Guerra.

Il Prefetto della provincia di Milano, comm. Lusignoli, aveva sospeso dalle funzioni l'Amministrazione del Sodalizio e ne aveva affidato la gestione

ad un Commissario, cav. Lisi; ma l'inchiesta esperita non ha rilevato irregolarità tali da rendere necessaria l'adozione di provvedimenti a carico dell'amministrazione, che pertanto è stata reintegrata ed ha provveduto, a mezzo della Commissione esecutiva, alla riorganizzazione degli Uffici. La sede è stata trasferita in locali stabili adatti (Milano, via S. Vittore al Teatro 5; Telefono 37-76).

Per l'igiene scolastica e la profilassi antitubercolare in Napoli.

Come è noto, anche quest'anno il Ministero dell'Interno — Direzione Generale di Sanità pubblica — ha disposto per corsi d'Igiene scolastica e antitubercolare in un gran numero di scuole normali del Regno.

Napoli ha avuto in questa, come in tutte le circostanze, speciali attenzioni da parte dell'illustre e benemerito comm. Lutrario. Ben sette scuole normali sono state infatti indicate per tali corsi, di cui cinque al prof. Tropeano e due al prof. Cacace.

Apprendiamo con vivissimo compiacimento che detti corsi — di dieci lezioni ciascuno — sono seguiti con vivo interessamento da parte delle scolaresche e con immenso successo.

L'obbligatorietà di questo provvido insegnamento reso ancora più completo è oramai universalmente riconosciuta non solo per tutte le scuole normali, ma per tutti gli Istituti di educazione e di istruzione di qualunque grado e natura.

Se di lotta antitubercolare deve seriamente parlarsi, questa è una via da battere.

La scuola deve essere la grande palestra per la nostra redenzione biologica sociale.

Il prof. Tropeano — anche per adempimento al suo ufficio di Direttore Generale della Società Napoletana Antitubercolare e per accordi presi col Ministero dell'Interno — va tenendo corsi speciali sulla profilassi antitubercolare nella R. Università e all'Università Popolare. Il breve corso tenuto in questa rigogliosa istituzione ha richiamato un pubblico enorme nella grande aula dell'Università. E si è fatta della propaganda igienica efficacissima che speriamo venga continuata negli anni successivi.

Il prof. Tropeano aggiungerà così un'altra benemerenza alle sue molte per la salute pubblica, e che si traducono non in sola propaganda — per sè stessa urgentissima e decisiva specie nel Mezzogiorno — ma in opere ed istituzioni di assistenza e previdenza sociale destinate a risolvere vetusti e gravi problemi napoletani, come appunto la sua ultima superba creazione di un grande Asilo per l'Infanzia abbandonata a Marechiaro a traverso cui viene affrontata la sorte morale, igienico-sanitaria e sociale della Metropoli meridionale.

Associazione professionale dei giornalisti medici francesi.

Nell'ultima adunanza trimestrale dell'Associazione, il dott. Granjoux ha ricordato il posto che un tempo la stampa medica teneva nei Congressi medici e ha sollecitato il ritorno allo stesso stato di cose. Il testo della sua mozione verrà trasmesso all'Associazione francese della stampa medica.

Contro il tifo esantematico in Francia.

Il Ministro dell'Igiene in Francia ha sottoposto alla firma del Presidente un decreto che fissa le precauzioni da prendersi verso i viaggiatori provenienti dalle regioni estere in cui infierisce il tifo esantematico. Chiunque si trovi in tali condizioni verrà sottoposto, alla frontiera francese, ad una visita medica sommaria, che permetterà di trattenere i soggetti malati, sospetti o che abbiano dei parassiti. A cura di un Commissario appositamente incaricato, i malati saranno ricoverati in un Ospedale, dopo essere stati accuratamente puliti e spogliati delle loro vesti, che verranno disinfettate. Saranno pure disinfettati e puliti tutti i viaggiatori infestati dai parassiti o la cui pulizia sembra dubbia.

Al momento in cui verranno autorizzati a continuare il viaggio, riceveranno un passaporto sanitario, che dovranno consegnare al loro arrivo a destinazione al Sindaco del Comune; dovranno sottomettersi nuovamente a visita medica, ordinata dal Sindaco, entro i 15 giorni dal loro arrivo. Se durante questo periodo sopravvenisse la malattia, il malato deve far chiedere immediatamente al Sindaco l'invio di un medico.

Ogni infrazione al Decreto è punita con 15 giorni a 3 mesi di prigione e con una multa di 50 a 500 franchi.

Dispensario infantile automobile negli Stati Uniti.

L'Ufficio per l'Infanzia del Dipartimento del Lavoro agli Stati Uniti ha equipaggiato un certo numero di automobili come dispensari, muniti di tutto il materiale necessario, compresa una tenda divisa in tre compartimenti per il personale, nel caso in cui questo fosse costretto ad accamparsi all'aperto.

L'ambiente principale è costituito da una sala di consultazioni per le visite ai bambini. La cabina del conduttore serve anche da sala d'aspetto e nel furgone vi è una cameretta smontabile che si può adattare alla parte posteriore dell'automobile.

Le sale hanno l'ingresso da un lato della vettura e l'uscita dal lato opposto, per evitare ingombro nei passaggi.

Il personale è costituito da una dottoressa, pratica delle abitudini di campagna, un'infermiera, un impiegato che annuncia il passaggio dell'automobile e un conduttore.

Dopo otto mesi di vita il *Child Welfare Special* ha pienamente giustificata la sua creazione risvegliando ovunque un interesse generale sui problemi concernenti la vita dei fanciulli campagnuoli.

Nel caso in cui il dipartimento dell'Igiene pubblica reclami il *Child Welfare Special* per visite in paesi di campagna e villaggi isolati, l'automobile si fa precedere da un incaricato speciale che si preoccupa di organizzare i Comitati locali, affinchè tutto sia preparato all'arrivo del dispensario mobile e siano evitate le perdite di tempo.

Radium di Stato in America.

Il dott. Harvey R. Gaylord, direttore del Laboratorio Gratwick, al quale è stato assegnato il radium acquistato con la somma di 250,000 dollari stanziata all'uopo con legge speciale, ha presentato la relazione dei primi risultati conseguiti. Su 537 casi, molti dei quali apparentemente disperati, 358 presentano un miglioramento notevolissimo e si possono considerare come clinicamente in via di guarigione: tra essi almeno 202 hanno sicuramente conseguito una guarigione stabile.

Il laboratorio installerà un apparato per raggi X ideato dal prof. Duane, dell'Università di Harvard, apparato che sembra emanare raggi più penetranti di quelli usati finora.

La Croce Rossa Czeco-Slovacca.

Ha tenuto un'assemblea generale sotto la presidenza della sig.ª Alice Masaryh, la quale ha comunicato che la repubblica annovera circa 200,000 soci e annunziato che la C. R. C.-S. ha organizzato 40 colonie campestri per un totale di 10,000 fanciulli e che prossimamente aprirà un ospedale infantile nella Slovacchia.

Corsi di ortofonia nel Belgio.

Il ministro delle Scienze e Arti del Belgio, onorevole Destrée, ha istitutito dei corsi di ortofonia e dizione nella Scuola Normale di Stato per le educatrici, a Bruxelles.

Per il centenario di Dante in America.

Il nostro connazionale Luigi Carnovale si è fatto promotore di degne onoranze a Dante Alighieri negli Stati Uniti, per il sesto centenario della morte del sommo Poeta, il 14 settembre 1921.

Per informazioni rivolgersi al Carnovali, in Chicago, Illinois, 30 North Michigan Boulevard.

Esempio da imitare.

Ci si comunica:

Nella ricorrenza del 25º anniversario della sua fondazione, la Ditta Augusto Steffen di Milano, concessionaria dei prodotti «Roche», in questi giorni ha voluto riunire ad un lieto simposio nella ridente plaga di Bellagio, oltre la Direzione della rappresentata, Ditta F. Hoffmann-La Roche & Co., S. A. di Basilea, anche gli impiegati tutti, e nonchè i propri rappresentanti scientifici e commerciali sparsi per tutto il Regno.

La fausta giornata è trascorsa nella massima cordialità ed ha dimostrato ancora una volta la buona armonia che corre tra superiori ed impiegati, tutti uniti nell'unica meta per la prosperità della Ditta.

Atti di Congressi.

Sono stati pubblicati gli Atti del III Congresso della Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, che ebbe luogo a metà maggio del 1920 a Trieste.

È un volumetto in cui sono riportati: l'elenco degli intervenuti, le adesioni, i discorsi pronunciati e tutte le relazioni degli argomenti trattati, con le discussioni cui dettero luogo.

Si può richiederlo al segretario generale della Federazione, dott. Giovanni Palomba, via Vittorio Veneto, 96, Roma-25.

Gino Galeotti

Il 5 aprile la morte colse in Napoli il fiore di una vita tutta dedicata alla Scienza ed all'educazione dei giovani. Pochi uomini lasciano, come Galeotti, un rimpianto così generale e così profondo in tutti, un senso di desolazione e di sconforto nei suoi numerosi allievi, una traccia tanto luminosa della propria vita. Anche dopo morto, Lui è la fiaccola che guida, è il palpito che riscalda, è tutto, per i suoi carissimi figli spirituali, come Egli stesso, negli ultimi momenti di vita, ebbe a chiamare la schiera di discepoli, che dalla Sua mente traevano la luce della verità scientifica. Quest'Uomo che è sceso modestamente nel sepolcro, come modestamente è vissuto, ha riempito della Sua opera gli ultimi decenni del lungo e faticoso cammino della Scienza, con più di cento pubblicazioni Sue, e altrettante, almeno, dei suoi collaboratori, che Egli soccorse continuamente con l'ausilio della propria esperienza, con la critica severa, con la genialità, che ognuno deve riconoscergli somma nell'arte dello sperimentare. Egli ebbe modo di avviare verso la loro soluzione molti problemi di Patologia generale, di Fisio-Patologia, di Bacteriologia, di Chimica biologica: un complesso di ricerche che è, e rimane, una salda acquisizione della Scienza.

Allievo di Alessandro Lustig, ha dapprima studiato quel mirabile fenomeno cellulare, che è la cariocinesi, nelle condizioni più diverse, in tessuti normali e patologici; di poi, i fenomeni morfologici della secrezione cellulare in varie condizioni sperimentali, spiegando certe anomalie funzionali degli organi ghiandolari, e determinandone l'intimo meccanismo. Gli studi sull'apparecchio condriosomale delle cellule si riconnettono a questo periodo, al quale appartengono anche i lavori sulla rigenerazione delle fibre muscolari striate e quelli sui processi degenerativi (rigonfiamento torbido, degenerazione amiloide, degenerazione vacuolare, necrosi per coagulazione). Una traccia assai profonda, e non ancora seguita in tutti i risultati che può dare, lasciano le ricerche sulle proprietà chimiche e sulle azioni biologiche dei nucleo-proteidi bacterici, e specialmente gli studi sulla peste, che, iniziati sotto la direzione e con la personale collaborazione del Lustig, furono poi proseguiti da Galeotti, ed ampliati e applicati all'uomo, durante la sua lunga permanenza nelle Indie inglesi. Una assai valida immunità attiva contro la peste fu raggiunta con vaccinazioni fatte con il nucleo-proteide dei bacilli pestosi; contemporaneamente fu assodato che il siero di animali, ripetutamente trattati con tali nucleo-proteidi, acquista proprietà preventive e curative, di cui l'esperienza nell'Arthur Road Spital di Bombay ha dimostrato tutta l'efficacia. Altre ricerche fisiopatologiche e cliniche sugli infermi di peste bubbonica e su quelli di peste pulmonare, e numerose osservazioni epidemiologiche, completano il lavori di Galeotti su questa terribile malattia.

Ad altri campi la Sua mente, dopo, si rivolse, con un'opera così complessa e così multiforme, da potersi veramente asserire che nessun terreno della Fisiologia, come della Patologia generale,

sia rimasto da Lui non coltivato. I fenomeni elettrici del cuore furono studiati cercando di applicare i criterî dell'elettrochimica alla spiegazione delle correnti di demarcazione e di azione; la repartizione del potenziale elettrico nelle varie regioni del cuore, durante la contrazione, gli elettrocardiogrammi nell'uomo, in rapporto ai vizî cardiaci, o sotto l'azione dell'alcool, l'influenza dell'anidride carbonica, dell'ossigeno, e della temperatura sulla funzione cardiaca, le proprietà dinamiche del cuore, appartengono al gruppo di ricerce di fisiologia generale del cuore. La fisiopatologia di quest'organo in degenerazione grassa fu sottoposta ad uno studio metodico e completo, sia riguardo alle proprietà fondamentali, sia riguardo alle proprietà dinamiche del miocardio degenerato. Le ricerche di fisiologia sui muscoli striati, e sui rapporti fra differenziazione morfologica e funzionale nei muscoli striati, si ricollegano con quelle di fisiopatologia sulla funzione dei muscoli in degenerazione grassa, e sulle correnti di demarcazione nei muscoli alterati: e tali ricerche, fatte da Lui proseguire ai suoi allievi, gli hanno permesso di formulare un'ipotesi sulla contrattura e sulla rigidità dei muscoli alterati e morti, che approfondisce e completa quella di Bernstein.

Le osservazioni fatte da Galeotti sulle proprietà fisico-chimiche delle cellule e dei tessuti si iniziarono quasi nell'epoca in cui furono gettate le basi di questa branca della scienza, e cercarono di mettere in chiaro quanta grande parte i fenomeni fisico-chimici abbiano nell'intimo meccanismo delle funzioni vitali. Le ricerche sui processi di diffusione attraverso il protoplasma, sulla migrazione dei ioni, sulle variazioni di volume delle cellule per l'azione di forze osmotiche, sulla concentrazione dei ioni nel protoplasma, sulla concentrazione molecolare totale del protoplasma, tentano di darci la configurazione chimico-fisica del protoplasma vivente, da un punto di vista della biologia generale cellulare. Quelle di elettrofisiologia, secondo i criteri ed i metodi dell'elettrochimica, compiute studiando le forze elettromotrici che si stabiliscono sulla superficie di membrane animali, i fenomeni di polarizzazione nei muscoli, le ricerche di elettro-fisiologia sui nervi, contribuirono alla interpretazione dei fenomeni elettro-fisiologici, considerati ormai come legati alle differenze di concentrazione di elettroliti, che si producono nelle manifestazioni vitali dei protoplasmi. Le applicazioni della fisico-chimica, oltre che alla biologia generale, furono fatte da Galeotti anche alla funzione renale, con la determinazione del lavoro osmotico del rene in condizioni normali e patologiche, ed all'investigazione di certi processi patologici, come la formazione dell'edema e la formazione degli idropi. Altre applicazioni Egli fece nel campo della chimica biologica, studiando le condizioni dell'equilibrio chimico nei sistemi composti di acqua, proteine e sali metallici. Ed infine, ricerche di pura chimico-fisica sono quelle dilatometriche, riferentisi, cioè, al cambiamento di volume di soluzioni, in cui avvengono certi processi chimici, come scissioni idrolitiche, processi sintetici, precipitazioni delle sostanze proteiche. Negli ultimi anni, tutta la Sua geniale attività di ricerca fu rivolta, oltre che allo studio dei problemi del ricambio (il ricambio purinico, il ricambio dell'acqua, il bilancio calorico nella febbre) anche, e più specialmente, ad alcune ricerche di chimica biologica sui composti degli amino-acidi con le aldeidi, che successive esperienze hanno dimostrato assai importanti, come quelli che possono partecipare al ricambio degli animali, potendo servire perfino alla ricostruzione dei protoplasmi cellulari.

Tale è, accennata per sommi capi, la mente e l'opera di GINO GALEOTTI. Grande per ingegno, Egli fu grandissimo per la bontà del cuore, per la purezza dell'anima, per la forza dell'apostolato con cui inculcava ai giovani, insieme con il tesoro della Sua scienza, le più alte idealità civili. Egli sopravvive a sè e all'opera Sua nella memoria di essi, che lo piangono con venerazione di discepoli e con affetto di fratelli.

FRANCESCO PENTIMALLI.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 9 Maggio 1921 Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

L'esame frazionato del succo gastrico dopo colazione di prova.

Dott. ANGELO CHIASSERINI, assistente, docente.

Nei primi mesi del 1920 ho studiato su 30 pazienti, ricoverati nella R. Clinica chirurgica di Roma, il comportamento della secrezione gastrica dopo colazione di prova, esaminando campioni di contenuto gastrico estratti a intervallo di tempo di 10'-15'-20'-30' nello spazio di 2-3 ore.

Lo studio ha avuto principalmente lo scopo di determinare il comportamento dell'acidità totale e dell'HCl libero in vari momenti della digestione gastrica, e di ricercare se esso presentasse caratteri tali da poter fornire criteri diagnostici di un qualche valore.

Questo metodo di esame, analogo a quello che si pratica da lungo tempo per le urine, può essere detto esame frazionato del contenuto gastrico.

Esso fu già tentato da Hayem (1), in qualche paziente, fin dal 1905, ma solo nel 1914 Rehfuss (2) e i suoi collaboratori Bergeim e Hawk lo applicarono su larga scala, servendosi di un tubo-sonda speciale, e ottenendo dati, che, secondo i detti Autori, e altri, fra cui Andresen (3), che li hanno seguiti, avrebbero notevole importanza diagnostica.

Noi non ci siamo potuti procurare la sonda di Rehfuss, che ha il grande vantaggio, una volta introdotta nello stomaco, di poter essere

lasciata *in situ* per 2-3 ore, permettendo così di estrarre numerosi saggi di contenuto gastrico senza che i pazienti abbiano a soffrire. Abbiamo invece usato una comune sonda gastrica molle, che facevamo ingoiare al paziente 5-6-7 volte nello spazio di circa due ore, per ottenere i campioni di contenuto gastrico.

Del resto in tutti i casi i pazienti hanno sopportato le manovre ripetute, non certo troppo piacevoli, con discreta pazienza, e senza incidenti.

La maggior parte dei pazienti era entrata in clinica con diagnosi di affezione gastroduodenale. Esami però furono fatti, come controllo, anche in pazienti di altre malattie.

La colazione data era quella di Ewald. Le estrazioni (o espressioni) venivano eseguite ogni 15' e ripetute finchè lo stomaco era vuoto.

Si estraevano ogni volta circa 20 cc. di contenuto gastrico.

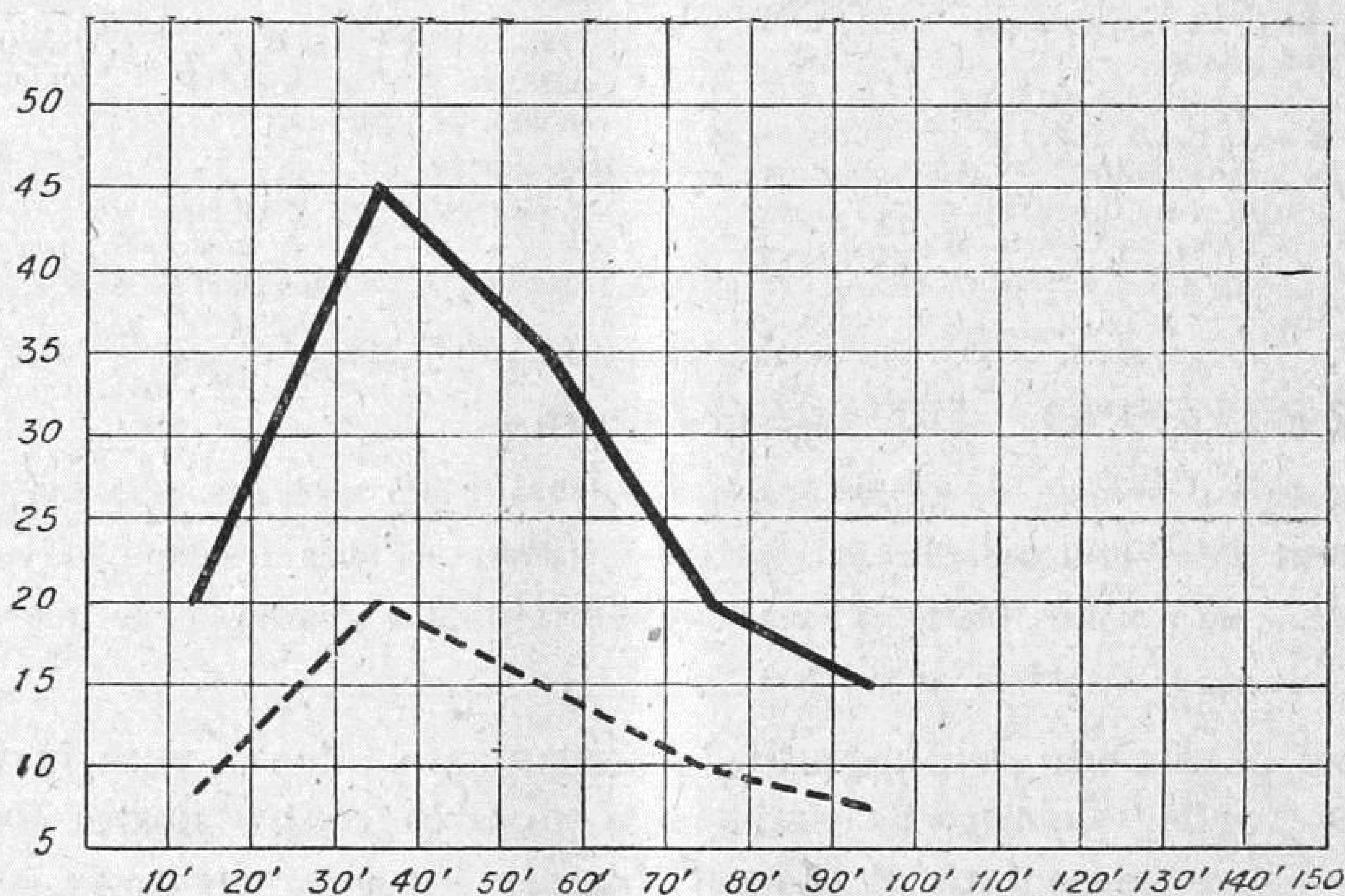


Fig. 1.

Il metodo di esame può essere così riassunto:

a) *modo con cui il contenuto gastrico fuoriesce dalla sonda.* Talora esso assume il carattere di rigurgito violento, che si ripete nei successivi svuotamenti, e che richiede la pronta estrazione della sonda, perchè lo stomaco non versi fuori il suo contenuto tutto in una volta; tale modalità è stata osservata nettamente in due soggetti sofferenti di stenosi pilorica.

b) *i caratteri macroscopici del liquido estratto,* cioè presenza o meno di residui di pasti precedenti; modificazioni successive del pane ingerito; presenza di masse di muco o di grumi di sangue, colorazione (presenza di bile).

c) *tempo di permanenza del cibo nello stomaco.*

d) *esame chimico dei vari saggi di contenuto gastrico*: ricerca dell'HCL libero (tenendo come indicatore la carta Rosso Congo); ricerca dell'acidità totale (indicatore la Fenolftaleina), ricerca di acido lattico, di sangue, bile, ecc.

Pur tenendo nel dovuto conto tutti i dati raccolti secondo questo schema, abbiamo studiato con maggior cura il comportamento dell'HCL libero e dell'acidità totale. E lo abbiamo, per ciascun caso, espresso con un tracciato, nel quale i gradi di acidità sono segnati sulle ordinate, i tempi di estrazione sulle ascisse. (L'acidità totale è rappresentata da una linea continua; l'HCL libero da una linea tratteggiata).

Questi tracciati rappresentano certamente qualche cosa di più che un semplice numero, quale ci è dato dal solito esame di succo gastrico dopo colazione di prova.

Essi ci permettono di distinguere, oltre i gradi maggiori o minori di acidità, i caratteri dei vari segmenti: la rapidità maggiore o minore dell'ascesa e della discesa, la forma dell'acme, che può essere acuto o pianeggiante.

Ho riunito le curve ottenute in vari gruppi:

1° ascesa e discesa rapide, acme acuto;

2° ascesa e discesa tarde prolungate, o acme persistente;

3° discese interrotte da rialzi;

4° curve inverse.

Le curve più tipiche sono quelle del primo gruppo (fig. 1). La parte ascendente si solleva rapidamente e raggiunge l'acme nei primi 40'-60', o dopo 70'-90'; all'acme acuto si congiunge una rapida discesa, che si accosta all'ascissa dopo 100'-130'. Il massimo di acidità totale in questo primo gruppo ha variato fra 40°-85°.

Nel 2° gruppo (fig. 2) l'ascesa talora è graduale raggiungendo l'acme dopo 100'-130'; oppure è piuttosto brusca, ma l'acme si prolunga su una linea pianeggiante anche per

60'-70'; la discesa è più o meno rapida. Il massimo di acidità è assai variabile; da 30° a 95°.

Nel terzo gruppo (fig. 3) il tratto discendente a un certo punto si interrompe, e torna per qualche tempo a farsi ascendente.

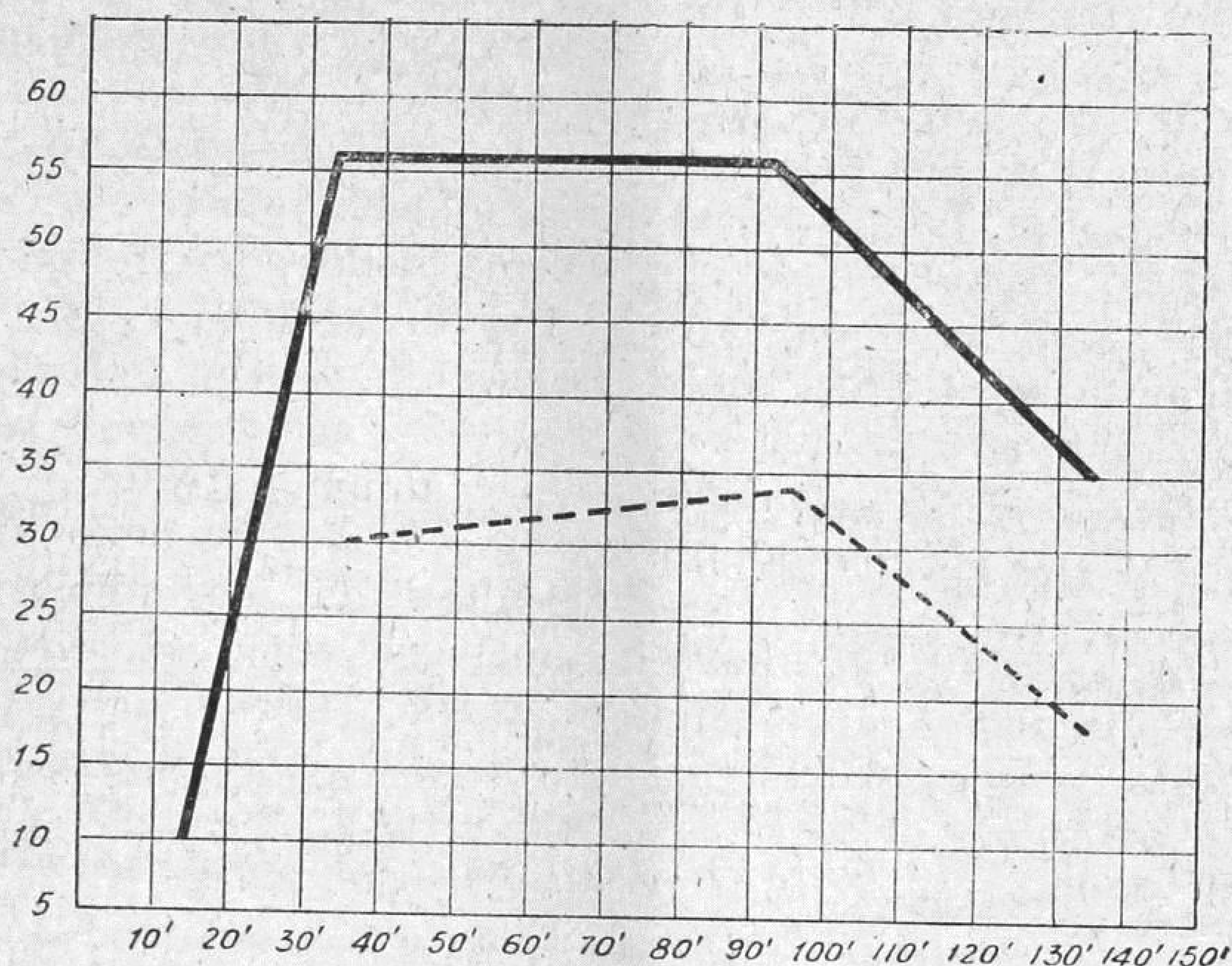


Fig. 2.

Il quarto gruppo (fig. 4) rassomiglia all'ultimo tratto del gruppo precedente; si ha cioè dapprima una discesa, poi una breve ascesa; oppure un tratto pianeggiante.

Volendo analizzare il comportamento della



Fig. 3.

secrezione gastrica (per ciò che si riferisce all'acidità totale e all'acido cloridrico), quale ci è figurato dalle curve così classificate, dovremo dire che nei soggetti del 1° gruppo la risposta dello stomaco allo stimolo rappresentato dal cibo è rapida, più o meno intensa, e rapidamente si esaurisce.

In quelli del 2° gruppo la risposta è più tarda, ma più persistente.

In quelli del 3° gruppo la risposta si esegue in due tempi, più intensamente nel primo tempo.

In quelli del 4° gruppo lo stimolo agirebbe o come inibitore all'inizio, o non determinerebbe che una reazione abortiva.

Per ciò che si riferisce al grado di acidità alcune curve dimostrano un'acidità normale, altre un'iperacidità transitoria, altre un'ipoacidità, altre ancora (quelle ad acme prolungato) un'ipersecrezione.

Il breve esame fatto di questi tracciati dimostra a prima vista che i dati forniti dall'esame di un singolo saggio di contenuto gastrico, quale di solito viene eseguito, sono insufficienti.

Quali valori diagnostici hanno i dati forniti dall'esame frazionato?

Essi hanno certamente un'importanza fisiologica in quanto ci danno un'idea del ciclo della secrezione gastrica. Ma hanno anche un'importanza diagnostica? Giacchè questo è il punto che a noi sopratutto interessa.

Se dopo aver classificato i tracciati nel modo sopradetto, osserviamo quali sono i casi clinici, che ad essi corrispondono, vediamo che in uno stesso gruppo trovano posto diagnosi assai disparate.

Così possiamo trovare, accanto all'ulcera gastrica, l'ulcera duodenale, l'epitelioma dello stomaco, malattie definite come gastriti croniche, ptosi gastriche e affezioni di altri organi. che non sono lo stomaco.

Credo che una maggiore precisione diagnostica non ci possa dare la sola osservazione della forma dei tracciati; e ad esse non possiamo chiedere di più.

Domandiamo forse alla raccolta frazionata delle urine, in ciò che si riferisce al ritmo dell'eliminazione, la diagnosi della malattia renale?

Per ottenere dati diagnostici, che abbiano un qualche valore, è necessario studiare, e la forma della curva ottenuta, e il grado massimo di acidità, e la presenza di elementi anormali, nonchè il modo con cui avviene il rigurgito gastrico, e i caratteri macroscopici dei campioni estratti.

Da ciò che ho detto appare evidente che i risultati da noi ottenuti non hanno quella precisione diagnostica affermata da Rehfuss, Bergeim, Hawk, Andresen. Bisogna tuttavia riconoscere che il grande numero di ricerche eseguite da questi AA. e l'impiego di una tecnica più esatta possono averli condotti a

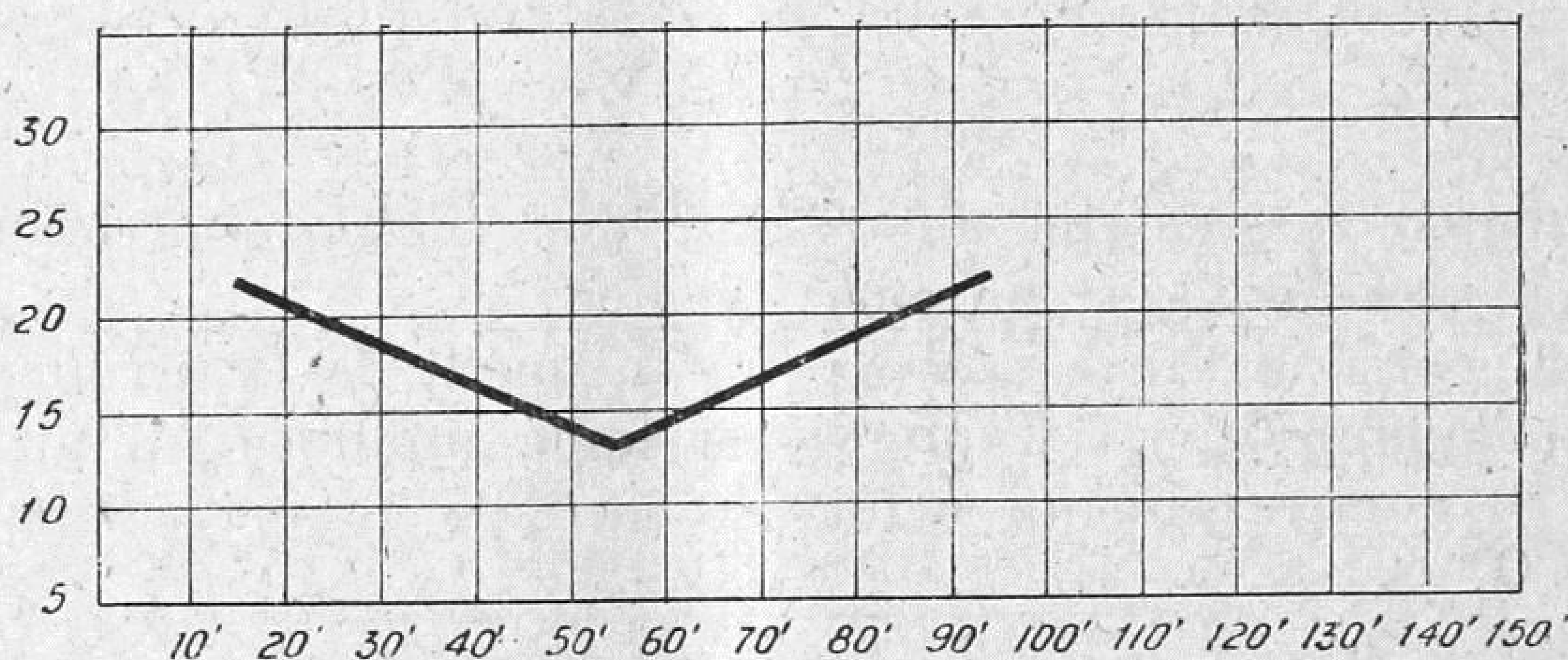


Fig. 4.

risultati più positivi. Essi stessi però affermano che molte volte per disturbi riflessi della digestione gastrica, in affezioni di altri organi addominali (colelitiasi, appendicite, rene mobile, ecc.), si possono ottenere dati tali da simulare lesioni organiche dello stomaco.

Di modo che i gruppi di tracciati da noi fatti, riferendoci alla forma e al modo di successione dei singoli segmenti, non corrispondono a gruppi determinati di malattie.

Essi ci danno solo un'idea del modo col quale la mucosa gastrica risponde (per ciò che si riferisce al fattore acidità) allo stimolo del cibo; ma tale risposta non sembra essere specifica per una data affezione.

Una sola distinzione possiamo fare, e anch'essa non assoluta: i tracciati ad ascesa brusca, ad acme acuto, raggiunto nello spazio di 40° a 80°, e a discesa rapida, s'incontrano sopratutto negli individui che non hanno affezioni gastriche. Sarebbero quindi i tracciati normali; tutti gli altri rappresenterebbero deviazioni patologiche.

E fra questi ultimi i tracciati con acme prolungato, talora rappresentato da una lunga linea orizzontale, si riscontrano più spesso negli individui nei quali lo stomaco si vuota lentamente, sia che il ritardo sia dovuto ad uno spasmo, sia ad una stenosi organica.

Le curve inverse sono probabilmente indice di lesioni estese della mucosa gastrica.

Concludendo possiamo dire che il metodo della raccolta frazionata del succo gastrico rappresenta certamente un progresso sul metodo solito della estrazione unica dopo colazione di prova, perchè ci permette di seguire il ciclo intiero della digestione gastrica. Ma che per aver dati diagnostici di una certa precisione è necessario che su ciascun saggio siano eseguite numerose ricerche, per determinare la quantità non solo dell'acidità totale e dell'HCL libero, ma anche la presenza di componenti anormali.

Sarebbe necessario inoltre, per seguire dappresso tutto il ciclo della digestione gastrica, che i campioni fossero estratti con regolarità dapprima ogni 5', poi ogni 15', fino a vuotamento totale dello stomaco.

E per ciò fare il tubo di Rehfuss deve certamente prestarsi meglio della comune sonda,

che permettte solo, per ragioni ovvie, introduzioni non troppo numerose. Solo in tal modo si possono ottenere tracciati di una notevole fedeltà.

Ciò però non esclude che, con il moltiplicarsi degli esami, il metodo perda di quella semplicità, che solo potrebbe renderlo pratico.

In ogni modo nei casi rimasti dubbi, e dopo un esame clinico accurato e dopo l'indagine radiologica, la raccolta frazionata del contenuto gastrico può indirizzare il giudizio diagnostico sulla via giusta.

LAVORI CONSULTATI.

(1) Hayem. *Maladies du tube digestif*, in Brouardel et Gilbert, 1905.
(2) Rehfuss, Bergeim, Hawk. Am. Journ. of the med. Sciences, 1914.
(3) Andresen. *Proctology and Gastroenterology*, 1916.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Infantile Regina Margherita in Torino.
Sezione medica diretta dal prof. Enrico Mensi.

Su una forma di peritonite plastica

per il dott. Siro Segagni, assistente.

I processi di natura infiammatoria del peritoneo si riscontrano abbastanza frequentemente nell'infanzia. Fatta astrazione di quelli consecutivi a trauma, a perforazione od occlusione intestinale, del tutto simili nell'andamento clinico alle forme che occorrono nell'adulto, e non considerando le peritoniti dei neonati e dei lattanti rispettivamente da infezione ombelicale e da setticemia, è noto come la sierosa peritoneale possa altrimenti infettarsi per via sanguigna — peritonite ematogena — ovvero direttamente da qualche organo vicino (fegato, rene, intestino, ecc.) — peritonite diretta.

Nella maggior parte di questi casi l'agente infettivo è il *bacterium coli* (Barbacci, Tavel, O. Lanz, Macaigne), più raramente il pneumococco, lo strepto-stafilococco, il gonococco, che possiamo riscontrare isolatamente od in forme associate.

Varie sono pertanto le peritoniti che ne conseguono, ma il quadro clinico di ciascuna di esse è quasi sempre così poco individualizzato, che molte difficoltà spesso si incontrano nella diagnosi differenziale. Eccone in breve la sintomatologia:

Peritonite pneumococcica: è la forma indubbiamente più caratteristica. Osservata dal Bozzolo nel 1885, e dal Netter nel 1890, per la prima volta nel bambino, venne in seguito ripetutamente descritta dai vari autori. Colpisce in prevalenza le bambine dai 3 ai 10 anni, può essere secondaria ad affezioni dell'apparato respiratorio, osseo, articolare, ecc., ma più frequentemente è primitiva.

Inizia in modo acuto, con sintomi violenti, dolori puntori all'addome, vomito, diarrea, febbre alta, e qualche volta con erpete labiale, la cui presenza, associata ad uno stato relativamente buono del paziente in confronto della sintomatologia piuttosto grave, può assumere speciale valore per la diagnosi di specificità. Dà luogo nella totalità dei casi alla formazione di una raccolta purulenta nell'addome, che può raggiungere perfino parecchi limiti e, lasciata a sè, può farsi strada all'esterno attraverso l'ombelico o, più raramente, la vagina, lo scroto, l'intestino, la vescica. La diagnosi, che, come ho già accennato, non sempre è facile, presenta notevoli difficoltà specie nei primi momenti, in cui il quadro clinico può essere del tutto simile a quello dell'appendicite o del tifo addominale.

Peritonite streptococcica: è molto più rara della precedente e assai più grave. Anch'essa inizia in maniera violenta, con febbre alta, dolori addominali, vomito, diarrea; ma mentre lo stato generale del paziente nella forma pneumococcica è relativamente buono, in questa assume presto un aspetto eccezionalmente grave per la rapida diffusione del processo flogistico al peritoneo, e per la insorgenza precoce dei segni di una grave intossicazione.

Al pari della forma pneumococcica può essere primitiva, alcune volte invece è secondaria a malattie infettive quali il morbillo, la scarlattina, l'angina, l'erisipela, la difterite.

Peritonite gonococcica: nella maggior parte dei casi consegue a vulvovaginite, è piuttosto rara, tanto più se si tien conto della discreta frequenza nelle bambine delle affezioni blenorragiche della vulva e della vagina. Può assumere un andamento lieve con tendenza alla localizzazione e alla rapida risoluzione — pelvi, peritonite circoscritta —; come può manifestarsi in forma grave, con tendenza a diffondersi e ad assumere il quadro delle peritoniti acute generalizzate. L'essudato il più delle volte è scarso, per cui, anche nei casi a decorso grave, può riassorbirsi totalmente, senza che sia necessario un atto operativo.

Peritonite appendicolare: più frequente nell'infanzia che nell'età adulta è la forma senza dubbio più comune e meglio conosciuta. Per lo più inizia con vivo dolore in corrispondenza del punto di MacBurney con febbre alta, viva difesa muscolare, tumefazione del ventre. Si differenzia dagli altri stati peritoneali acuti

perchè generalmente resta localizzata alla fossa iliaca destra, ove si delinea una tumefazione di consistenza più o meno pastosa, di volume vario, dalla forma di una piastra rotondeggiante, che può risolversi spontaneamente e scomparire nel giro di due o tre settimane, oppure suppurare con formazione di ascesso. In alcuni casi invece può assumere la forma purulenta generalizzata rapidamente mortale.

Emergono adunque, da questa rapida rassegna di affezioni acute del peritoneo, alcuni fatti degni di speciale rilievo e cioè che la raccolta purulenta può essere scarsa od abbondante, libera o incapsulata, la reazione peritonale può presentarsi circoscritta o generalizzata, e talora a tipo plastico, come nella peritonite appendicolare.

Analogo processo possiamo pure riscontrare in un'altra specie di peritonite e cioè in quella tubercolare a tipo fibrocaseoso. In essa infatti, per il parziale riassorbimento del liquido ascitico, può stabilirsi una produzione essudativa plastica speciale, che, venendo a circoscrivere e a dividere in tante piccole concamerazioni il versamento peritoneale, si contraddistingue per la comparsa sull'addome di di zone ottuse, alternate a zone con risonanza timpanica.

Accanto a tutti questi stati peritoneali acuti dobbiamo registrarne però un altro ancora, simile nella sua espressione anatomica a quello che, come ho detto, si può formare nella peritonite appendicolare ed in quella tubercolare, con la differenza però che rappresenta un'entità clinica vera e propria, è di natura speciale, con particolari caratteri di inizio, decorso ed esito.

Questa sindrome interessante, osservata e studiata assai bene dal Morquio, nella Clinica pediatrica di Montevideo, si differenzia nettamente dagli altri stati peritoneali affini perchè ha particolare tendenza a procedere in modo subacuto e lento, perchè è costituita da formazioni plastiche semplici, di svariata grandezza, profondità e sede, che possono progredire per contiguità o a distanza, e sono in grado di dar luogo a fatti acuti tali da far sospettare uno stato suppurativo; perchè tende a risolversi spontaneamente, non lascia tracce e permette che si raggiunga in fine una guarigione completa e duratura.

Questo stato speciale, *sui generis*, d'infiammazione peritoneale acuta ho avuto l'opportunità di osservare quest'anno in una piccola inferma dell'ospedale.

La rarità del caso e le considerazioni che il suo studio mi ha suggerito, mi hanno indotto a renderlo noto, per cui ne esporrò senz'altro la storia clinica:

Numero annuale 86-B. Fernanda, di anni 5. Entra in ospedale il 12 marzo 1920.

Gentilizio immune, gravidanze 9, parti a termine 6, aborti 3, figli vivi 3, morti uno alla nascita, due nei primi due anni di vita in seguito ad influenza.

Anamnesi remota. Bambina nata a termine da parto distocico, allattamento materno fino all'anno, dentizione a 8 mesi, deambulazione a 13, vaccinazione a 6 mesi e a 4 anni con esito positivo, morbillo e varicella a 3 anni; dall'età di 14 mesi accessi convulsivi una, due volte all'anno, con perdita della coscienza e schiuma alla bocca.

Anamnesi prossima: La presente malattia data da circa 10 giorni, insorse in pieno benessere, durante la notte, con febbre alta, dolori addominali intensi, più accentuati in corrispondenza della fossa iliaca destra, vomito, diarrea.

Esame oggettivo. — Bambina pallida, bene sviluppata intellettualmente e fisicamente; peso chilogrammi 15, scheletro regolare, micropoliadenopatia, non gangli epitrocleari. Polmoni e cuore sani. Addome globoso, tumefatto, dolente nella sua totalità, con suono di percussione timpanico sui quadranti di sinistra, smorzato su quelli di destra, particolarmente in corrispondenza della regione appendicolare, in cui si nota una zona, più grande di uno scudo, dalla forma di una piastra, di consistenza pastosa. Pressione sul punto di MacBurney dolorosissima.

Fegato in limiti normali, milza appena palpabile, genitali sani. Urine prive di albumina e zucchero, con presenza di fosfati; intradermoreazione alle tuberculine umana e bovina negativa. T. 38°.2, P. 128, R. 26, scariche una.

14 marzo. — Fenomeni peritoneali più accentuati. Quella resistenza pastosa che si opponeva alla palpazione in corrispondenza della fossa iliaca destra va scomparendo; notasi invece nel lato simmetricamente opposto, notevole difesa muscolare, dolorabilità forte, ipofonesi accentuata e infiltrazione peritoneale di una certa quale durezza profonda non fluttuante della grandezza del palmo della mano, a forma di piastra. Vomito nella notte. T. 38°.5, P. 130, R. 28, scariche due di feci diarroiche.

16 marzo. — Condizioni generali e locali migliorate. Diminuita la tumefazione all'addome, scomparso il dolore, suono di percussione timpanico nei quadranti superiori, ottuso nelle parti declivi; nel quadrante inferiore sinistro palpasi ancora nettamente quella tumefazione pastosa che si era formata il giorno 14, mentre non è più percepibile quella che si distingueva in corrispondenza della regione appendicolare. T. 37°.6, P. 120, R. 22, scariche due di feci diarroiche.

18 marzo. — Reperto addominale immutato: condizioni generali discrete. T. 39°, P. 116, R. 24, scariche 0.

20 marzo. — Nella fossa iliaca sinistra si palpa ancora nettamente dura, dolente la piastra peritoneale, diminuita però di grandezza. Da ieri al torace anteriormente e posteriormente suono di percussione chiaro, respiro vescicolare, accompagnato da rantoli a grosse e medie bolle. T. 37°.3, P. 104, R. 26, scariche 1.

23 marzo. — L'ammalata è notevolmente migliorata, l'addome non è più tumefatto, è trattabile *in toto*, con suono di percussione timpanico su tutti i quadranti, essendosi risolta la reazione plastica preesistente. T. 36°.9, P. 96, R. 24, scariche 1.

Il decorso clinico suesposto dimostrava invero chiaramente come nella nostra ammalata fosse in atto un'affezione acuta del peritoneo, ma nello stesso tempo metteva in rilievo un fatto particolarmente importante, e cioè il tipo speciale di reazione che aveva assunto la sierosa peritoneale, tale da far nascere il sospetto che si trattasse di una peritonite plastica.

L'ulteriore decorso della malattia ci dimostrò infatti quanto fondata fosse la nostra supposizione.

2 aprile. — Da ieri l'ammalata accusa di nuovo dolori all'addome. All'esame oggettivo si nota: viva difesa muscolare, ipofonesi sul quadrante inferiore sinistro e sensazione di resistenza peritoneale profonda, in corrispondenza della fossa iliaca dello stesso lato; non senso di fiotto. All'esplorazione rettale si distingue nettamente a sinistra una tumefazione dura, dolente; nulla al torace. T. 39°, P. 100, R. 26, scariche 0.

4 aprile. — Reperto addominale pressochè immutato. Si ripete l'intradermoreazione con le due tubercoline con esito nuovamente negativo. T. 37°.4, P. 96, R. 24, scariche 1.

7 aprile. — La zona ipofonetica, dalla forma di piastra, occupante la fossa iliaca sinistra va restringendosi. T. 36°9, P. 98, R. 24, scariche 1.

10 aprile. — Condizioni generali buone, addome trattabile, indolente anche in corrispondenza della fossa iliaca sinistra, ove il suono di percussione è chiaro e più non si palpa la tumefazione a forma di piastra che distinguevasi nei giorni scorsi. T. 37°, P. 96, R. 24, scariche 1.

14 aprile. — Di nuovo dolori addominali da questa notte e vomito. L'ammalata è alquanto depressa. All'esame dell'addome si nota tumefazione, meteorismo e di nuovo ipofonesi marcata nella fossa iliaca sinistra con reazione profonda peritoneale. T. 39°, P. 124, R. 28, scariche 1.

16 aprile. — L'ammalata è più sollevata; i fenomeni peritoneali sono notevolmente migliorati, l'addome infatti non è più tumefatto, è discretamente trattabile, anche in corrispondenza della fossa iliaca sinistra, in cui però continua ad esservi tumefazione, ipofonesi. T. 37°, P. 120, R. 24, scariche 1.

18 aprile. — Continua il miglioramento dei giorni scorsi; l'esame dello addome non rileva più sintomi anormali essendo scomparsa totalmente anche quella piccola area di reazione plastica che ancora era presente l'altro ieri. T. 36°.9, P. 94, R. 24, scariche 1.

21 aprile. — Lo stato del peritoneo è ritornato perfettamente normale. L'ammalata sta bene, prende vitto comune e può considerarsi guarita.

Il giorno 25 infatti dello stesso mese, esce dall'ospedale e riesaminata dopo undici mesi, si è potuto constatare che il suo stato di salute si era da allora sempre mantenuto buono sotto tutti i rapporti.

Appare adunque evidente dalla esposizione clinica del mio caso come esso bene ripeta il quadro sintomatologico della peritonite plastica; e siccome da esso emergono quegli stessi caratteri speciali di inizio, decorso ed esito che il Morquio riscontrò nelle sue osservazioni, così credo opportuno ricordare esse brevemente, prima di riassumere la mia e di esporre su di essa qualche considerazione.

PRIMA OSSERVAZIONE. — Bambino di 3 anni, ammalatosi improvvisamente, con fenomeni peritoneali; laparatomia in settima giornata: reperto negativo.

Comparsa pochi giorni dopo di fatti broncopolmonari e pleurici e di manifestazioni epatiche che fanno sospettare un ascesso: puntura esplorativa negativa. In seguito formazione di stato peritoneale nettamente plastico, che invade l'addome, si localizza prevalentemente a destra, produce fenomeni di occlusione intestinale, si protrae con alternative locali e generali per 2 mesi circa, scompare gradatamente fino a guarigione definitiva.

SECONDA OSSERVAZIONE. — Bambino di 13 anni, con fenomeni peritoneali acuti al quadrante inferiore sinistro, reazione plastica profonda, estendentesi superiormente fino alla regione epigastrica e periepatica. Questo stato peritoneale si protrae senza grandi modificazioni dello stato generale, subisce varie alternative, si estende al bacino, dura tre mesi, e guarisce completamente e definitivamente.

TERZA OSSERVAZIONE. — Bambino di 7 anni, a 4 anni lieve attacco appendicolare risoltosi in 48 ore. Attualmente peritonite generalizzata, probabilmente da perforazione appendicolare, con fenomeni gravissimi ed allarmanti. Formazione di piccolo ascesso nella fossa iliaca destra che si incide e drena. In seguito sensibile miglioramento dei fenomeni generali, localmente invece reazione plastica peritoneale tipica, che serpeggia alla superficie, si estende in profondità, produce dei fenomeni di occlusione intestinale, diviene più persistente e intensa nella regione pelvica, dura due mesi, dopo i quali guarisce completamente.

QUARTA OSSERVAZIONE. — Bambina di 3 anni, affetta da vulvovaginite e ammalatasi improvvisamente con fenomeni gravi di peritonite acuta generalizzata. Esaminata dopo un mese di malattia, si riscontra: stato generale grave, ipertossico, reazione plastica generalizzata, più accentuata nella fossa iliaca sinistra, vulvovaginite lieve di natura stafilococcica. Tale stato dura 2 mesi circa tra miglioramenti e peggioramenti, indi guarisce in modo perfetto e definitivo.

OSSERVAZIONE PERSONALE. — Bambina di 5 anni, ammalatasi improvvisamente, con fatti peritoneali acuti, gravi, più spiccati in corrispondenza della regione appendicolare, febbre, vomito, diarrea. Esaminta in decima giornata, si riscontra evidentissma reazione peritoneale plastica nella fossa iliaca destra, la quale dura tre quattro giorni, indi scompare, si stabilisce nella fossa iliaca sinistra, per scomparire e ricomparire ripetutamente; si protrae per due mesi circa, accompagnata da sintomi più o

meno acuti, senza notevoli modificazioni dello stato generale, e di poi guarisce spontaneamente in maniera completa e duratura.

Vi è dubbio sulla diagnosi? Se confrontiamo i sintomi particolarmente caratteristici presentati dalla mia paziente, con quelli che ricorrono con maggiore frequenza nelle altre forme peritoneali acute, credo che dubbio non vi debba essere.

In ciascuna di queste affezioni infatti, come già abbiamo visto, i segni clinici sono ben diversi da quelli propri della peritonite plastica, e se talora ad essa si avvicinano, per lo stabilirsi di uno stato peritoneale plastico — peritonite appendicolare o tubercolare — sono pur sempre così distinti nella espressione clinica, che errori diagnostici non sono possibili.

Nemmeno è il caso di pensare che la malattia in questione potesse avere qualche punto di contatto con la pseudo-ascite, solo perchè anche in questa forma si possono formare delle zone di ottusità circoscritte, mobili, nell'addome.

Esse non hanno infatti mai resistenza e consistenza tali da far pensare ad una reazione plastica peritoneale, sempre sono indolenti, e in nessun caso si formano e si spostano nell'addome coi segni propri delle affezioni acute e nemmeno per opera di alterazioni flogistiche peritoneali, ma solo in seguito a spostamenti, qualche volta rapidi, di feci liquide nell'intestino, cronicamente dilatato e ptosico.

Eliminata pertanto anche questa ipotesi, credo poter affermare che la diagnosi di peritonite plastica, ritenuta probabile nei primi giorni di malattia, sia la vera, esatta, e che tale debba essere lo si può dedurre ancora da ciò che il quadro clinico, da me osservato, esattamente collima con quello descritto dal Morquio.

Come nei suoi casi, anche nel mio il sintomo predominante, fondamentale, è rappresentato da quello stato speciale del peritoneo che si caratterizza per la presenza di formazioni plastiche, distinto nettamente da tutti gli altri processi peritoneali acuti in precedenza menzionati, per il suo modo particolare di inizio, decorso ed esito.

Come nelle sue osservazioni, anche nella mia la malattia inizia con fatti gravi di peritonite acuta, i quali ben presto però si attenuano, si localizzano, danno luogo alle formazioni plastiche caratteristiche, che decorrono lentamente, in modo subacuto, scompaiono e ricompaiono, si risolvono spontaneamente ed infine guariscono.

Ci troviamo pertanto di fronte ad una sindrome speciale, ad una entità nosologica vera e propria, tutt'altro che frequente, e che deve essere considerata come propria dell'età infantile.

Quali sono le cause che l'hanno prodotta? La risposta non è certo delle più facili.

Dalla storia clinica risulta che i primi segni dell'infiammazione peritoneale acuta sono comparsi nella fossa iliaca destra e più precisamente in corrispondenza del punto di Mac-Burney.

Da questa circostanza potremo supporre, e nulla più, che il primo momento dell'affezione sia stato un attacco appendicolare, cui fece seguito lo speciale stato plastico, nello stesso modo che avvenne nella terza osservazione del Morquio, in cui all'operazione, praticata a freddo 4 mesi dopo, si riscontrò: peritoneo sano, appendice macroscopicamente pure sana, piccola cicatrice alla sua base, esponente forse di perforazione pregressa e punto di partenza probabile della peritonite plastica.

Di quale natura è l'infezione? Neppure a questa domanda ci è lecito rispondere in modo positivo e concreto. Ciò che verosimilmente si può escludere è che entri in causa la tubercolosi, dato che, sia nel mio caso, come in quelli del Morquio, oltre all'assenza assoluta nel gentilizio familiare della tara tubercolare, allo stato di salute buono dei singoli pazienti prima di cadere ammalati, alla guarigione completa e duratura dell'affezione, è risultata negativa la cutireazione del Pirquet. Quest'ultima prova assume nella nostra osservazione un grandissimo valore, se si considera che la sua negatività, eccettuati casi specialissimi, quali quelli di tubercolotici morbillosi, oppure cachettici, ci permette di scartare con sicurezza l'infezione tubercolare.

Epperò molteplici debbono essere i fatti determinanti tale forma morbosa e non ultimi certamente la qualità e la quantità dei germi infettanti, in rapporto al terreno speciale su cui si sviluppano.

Concezione questa che ha valore però di ipotesi e di null'altro.

Per ora una cosa sola possiamo affermare con sicurezza, ed è che grandissima importanza dobbiamo attribuire, nella patogenesi della malattia, all'età giovane dei pazienti, tanto più se si considera che appunto nei bambini la capacità di reagire agli stimoli con la formazione di tessuti plastici non solo è frequente

e spiccata, ma pure precocissima, come ce lo dimostra l'osservazione di peritoniti adesive già nella vita fetale (Stooss).

Riassumendo, mi pare pertanto di poter concludere:

1° Che la peritonite plastica è un'entità clinica vera e propria, tutt'altro che frequente nell'età infantile.

2° Che il suo inizio è brusco, come quello delle comuni peritoniti acute.

3° Che le caratteristiche formazioni plastiche peritoneali sono di svariata grandezza, profondità e sede, decorrono in modo subacuto e lento, scompaiono e ricompaiono, si risolvono spontaneamente.

4° Che difficile è stabilire la loro natura; mentre, dal punto di vista patogenetico, molta importanza va data all'età giovane degli ammalati, tenuto presente che nei bambini le reazioni infiammatorie delle sierose a tipo plastico sono facili, spiccate e talora precoci.

AUTORI CITATI.

BARBACCI. Centr. f. Allg. Path. etc. Iena, 12 oct. 1893.
TAVEL & O. LANZ. Centr. f. Chir., 1894.
MACAIGNE. *La péritonite et le bacterium coli.* Méd. Mod. 1894.
BOZZOLO. *Infezione da pneumococco.* Pat. Med. Cantani-Maragliano.
NETTER. *Péritonite à pneumocoques chez un enfant de quelques jours.* Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. Paris, 1890.
MORQUIO. *Sur une forme de péritonite plastique.* Arch. de méd. des enf., 1919, n. 10.
STOOSS. *Le malattie del peritoneo.* Trattato di Pediatria. Pfaundler e Schlossmann, vol. III.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO
SEZIONE MEDICA diretta dal prof. ZUCCÒLA.

Lo schema di Arneth in rapporto all'infezione tubercolare.

NOTA PREVENTIVA del dott. IGINIO BERSANI, assist.

Le ricerche condotte sulle alterazioni ematiche in rapporto ai vari stati patologici, hanno fissato, per parecchie manifestazioni morbose, a caratteri clinici ben definiti, un quadro ematologico caratteristico e costante, passibile di modificazioni solo in caso di complicazioni; — tanto che per molte forme morbose ogni concetto diagnostico e pronostico trova fondamento precipuo sul quantitativo degli elementi bianchi, e sul rapporto degli elementi poli- e mononucleari. — Senonchè con un più minuto studio morfologico dei vari elementi, sembra si sia potuto stabilire per alcune uno stretto rapporto anche colle varietà di ogni singolo gruppo.

Arneth, occupandosi della morfologia del nucleo dei leucociti polimorfi in rapporto alla loro genesi ed evoluzione — secondo detto A. la maggiore segmentazione del nucleo starebbe per una maggiore età della cellula — ha distinto 5 tipi o classi, a seconda del numero e dell'aspetto dei segmenti nucleari:

1° *tipo.* — Nucleo unico: *a*) rotondo; *b*) leggermente incurvato; *c*) grandemente incurvato.

2° *tipo.* — Due nuclei: *a*) due nuclei rotondi; *b*) due nuclei nastriformi; *c*) uno rotondo, l'altro nastriforme.

3° *tipo.* — Tre nuclei: *a*) tre nuclei rotondi; *b*) tre nuclei festonati; *c*) due nuclei rotondi, uno festonato; *d*) due nuclei nastriformi, uno rotondo.

4° *tipo.* — Quattro nuclei: analoga classificazione.

5° *tipo.* — Cinque nuclei: analoga classificazione.

forme che in condizioni normali starebbero nelle seguenti proporzioni:

5 %	leucociti neutrofili	1° tipo
35 %	Idem.	2° tipo
41 %	Idem.	3° tipo
17 %	Idem.	4° tipo
2 %	Idem.	5° tipo

Estendendo poi le sue ricerche nel campo patologico, lo stesso A. avrebbe riscontrato come

questi rapporti possano variare; in alcuni casi prevalere le forme del 1° e 2° tipo, nel qual caso parla di deviazione a sinistra; in altri invece quelle del 3°, 4°, 5° tipo, distinguendo tale comportamento col termine: deviazione a destra.

Lo studio di tale argomento è stato in questi ultimi tempi ripreso specialmente per quanto si riferisce alle infezioni tubercolari, se non che i reperti ottenuti sono contradditorii; così quelli recentissimi del Weikrel (*Mediz. Klinick* 11-5-920); del Riedel (*Deutsch. Zeitschrift* 1920), dell'Asna (*Arch. Espanoles* 1920), dell'Arloing (*Journal de Médec.* 1920). Tenuto conto della non poca importanza dell'argomento, potendo disporre di un materiale clinico non indifferente, ho pensato di affrontare lo studio di tale argomento, proponendomi per ora di vedere se nelle forme tubercolari esiste veramente l'alterazione indicata dall'Arneth; e riservandomi di proseguire ancora lo studio di tale argomento, seguendo gli ammalati nelle varie fasi della malattia.

Mi sono valso come colorazione del metodo May-Grünwald-Giemsa. Determinata per ogni ammalato la formula leucocitaria neutrofila, ho diviso e raggruppato i soggetti di studio, a seconda delle loro condizioni, in un primo ordine, comprendente le forme leggere, allo stadio iniziale; in un secondo, quelle di media gravità; in un terzo, quelle più gravi, in stadio avanzato; contemporaneamente, dalle formule leucocitarie ricavate, divise e raggruppate anch'esse secondo analogo criterio, ho stabilito per ogni tipo di granulazioni le medie; cosicchè presento per brevità tre sole formule tipo, secondo il modello di Arneth, corrispondenti ognuna ad uno dei tre citati stadî della malattia.

Leucociti neutrofili	Forme lievi — Schema 1°	Forme di media gravità — Schema 2°	Forme gravi — Schema 3°
1° tipo	16 %	20 %	28 %
2° tipo	30 %	40 %	47 %
3° tipo	36 %	30 %	20 %
4° tipo	13 %	9 %	5 %
5° tipo	5 %	1 %	0 %

Le cifre esposte sono abbastanza dimostrative, tali da esimermi da ogni ulteriore commento; poichè chiaro appare come i rispettivi valori dei granulociti 1° e 2° tipo vadano gradatamente aumentando dallo schema 1° allo schema 3°; mentre quelli del 3°, 4°, 5° tipo vadano regolarmente decrescendo; di modo che si avrebbe una netta deviazione a sinistra, in diretto rapporto colla gravità della malattia. Se ora la presenza di un maggior numero di segmenti nucleari parla per la maggiore età dei leucociti, in confronto di quelli provvisti di due soli segmenti, ne viene come naturale conseguenza la conclusione che, coll'esaltarsi dei fenomeni tossici tubercolari, gli organi ematopoietici immettono in circolo, per una sovraproduzione disordinata e tumultuaria, un maggior numero di polinucleati giovani; per un meccanismo analogo, *mutatis mutandis*, a quello delle gravi emopatie, forme nelle quali appunto si rinvengono in circolo elementi cellulari ematici giovani. Seguendo inoltre lo sviluppo clinico della malattia — pur riservandomi come ho detto di ritornare sull'argomento — ho constatato come in quelli in cui la lesione tende a guarigione, si ha un ritorno allo stato normale, ad una deviazione a destra, vale a dire ad una diminuzione dei neutrofili 1° e 2° tipo, correlativamente ad un aumento dei neutrofili 3°, 4°, 5° tipo.

Perciò il comportamento dei leucociti neutrofili nella tubercolosi umana, traducentesi con un aumento dei leucociti 1° e 2° tipo, variabile secondo la gravità della malattia, credo vada interpretato più che come una semplice prova dell'attività funzionale leucopoietica, come un indice dell'esaltamento dell'infezione, dell'aumento dell'assorbimento tossico e batterico, e quindi del progredire dell'infezione stessa.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'emoagglutinazione.

Contributo alla fisiologia e patologia del sangue.

(C. J. BOND. *The British Medical Journal*, dicembre 25, 1920).

Abbiamo già visto (fasc. 13, pag. 444) che le emasie lavate, stando *in vitro*, in certe date condizioni, vanno incontro a fatti degenerativi, durante i quali esse formano agglutogeni non specifici, per cui divengono agglutinabili dal proprio siero e da sieri estranei con i quali esse non reagiscono, allorchè sono lavate di recente. Ora vedremo come le emasie possano divenire più agglutinabili nell'organismo vivente, quale risultato di condizioni morbose.

Rapporto tra la R. Wassermann e l'Autoagglutinazione. — È stato studiato su 500 campioni di sangue, dei quali 231 mostrarono una R. W. positiva e 269 una R. W. negativa. Nei 231 positivi si riscontrò l'autoagglutinazione nel 13 %; nei 269 negativi si riscontrò nel 7 %, il che indica, che non esiste rapporto diretto tra un siero di sangue sifilitico e l'autoagglutinazione delle emasie da quel siero. La storia accurata dei pazienti, invece, fece rilevare, che l'autoagglutinazione delle emasie dal proprio siero avvenne, o quando la R. W. positiva fu assai marcata, o quando un focolaio ulcerativo secondario potè servire quale porta di entrata ad una infezione estranea, in rapporto dunque ad una reazione difensiva dell'organismo alle tossine batteriche colà penetrate. L'esame di questi 500 campioni di sangue d'individui, che ricorrevano all'opera del medico per qualche disturbo, mostrò una autoagglutinazione intensa nel 9 % dei casi, mentre osservazioni di controllo su individui, che non avevano nulla da chiedere al medico, mostrarono per lo più assenza di autoagglutinazione. In taluni di questi ultimi casi, in cui la autoagglutinazione si mostrò in forma reversibile, cioè che spariva con lo scuotimento per riapparire col riposo, furono sempre riscontrati piccoli focolai d'infezione nascosti, orali, nasali, intestinali, genito-urinarii.

Polmonite. — In tutti i casi di polmonite acuta finora esaminati generalmente verso il quinto giorno di malattia è stata ottenuta una ben netta autoagglutinazione delle emasie dal proprio siero. Sebbene non possa ancora affermarsi quando tale reazione cominci, si può stabilire che essa non cessi prima della crisi e del ritorno della temperatura al grado normale, anzi in molti casi dura per due o tre mesi, diminuendo quindi gradatamente. Questo ritardo può essere probabilmente in rapporto alla durata di vita del globulo rosso: infatti nei bambini il ritorno alle condizioni stabili di autoagglutinabilità è più rapido che negli adulti. Chi sa, che il ciclo di autoagglutinazione non sia in rapporto con il ciclo di immunità, in alcune malattie: non abbiamo finora dati sufficienti per un giudizio sicuro. L'autoagglutinazione è stata trovata nell'empiema metapneumonico, nel tifo al 15° giorno fino all'inizio della convalescenza, nel cancro ulceroso dell'utero, nell'endocardite infettiva, nel cancro orale, in un ascesso settico del collo, nella porpora, in un caso di neoplasia mediastinica con metastasi, nell'ulcera sifilitica mista con adenite inguinale. Nell'anemia postemorragica non si verifica aumento dell'autoagglutinazione, forse perchè l'iperagglutinabilità dell'emasia è indice più di vecchiaia che di giovinezza per il globulo rosso; infatti nelle anemie di origine settica o tossica in cui la proporzione delle emasie vecchie con le emasie giovani è altissima, al contrario cioè dell'anemia postemorragica, la reazione autoagglutinativa è evidente.

Differenze nel sangue di diverse parti del corpo. — Il sangue contenuto in una vena varicosa, escissa coll'operazione, legata ai due estremi, dopo essere stato là trattenuto per alcune ore fu saggiato, e dimostrò una lieve autoagglutinazione tra emasie e proprio siero, mentre non la dimostrò un campione di sangue della circolazione generale dello stesso paziente.

Il sangue di adenomi della tiroide, di fibromi dell'utero immediatamente dopo l'estrazione ha presentato reazione autoagglutinativa positiva, mentre questa era negativa nel resto del sangue. L'esame incrociato ha dimostrato l'aumento di agglutinine nel siero e non aumento di agglutinabilità delle emasie. E sono le agglutinine non specifiche, che aumentano, senza che per nulla entrino le agglutinine specifiche già preesistenti nel siero.

È importante dal punto di vista fisiologico il fatto, che, mentre il sangue che viene in contatto con i predetti elementi cellulari aumenta l'autoagglutinabilità del proprio siero, il resto del sangue, o meglio il sangue quando ha sorpassato detta regione, torna a presentare diminuzione di autoagglutinabilità, torna a presentarsi quale era prima, perde, in una parola, una capacità che aveva acquistata. Come e perchè? per l'azione dell'ossigeno nei polmoni, o per un'azione specifica degli ormoni epatici o splenici?

Se il contatto del sangue coi predetti elementi cellulari si prolunga, allora anche le emasie acquistano un potere di autoagglutinabilità maggiore, quasi tentativo di adattamento tra le emasie e il loro ambiente liquido, il plasma sanguigno.

Linfa e Trasudati in rapporto alla reazione emoagglutinante. — E' già dimostrato che certi trasudati, e specie la linfa dei tessuti, contengono minor numero di agglutinine specifiche del siero di sangue; ciò è vero anche per le agglutinine non specifiche, come è stato dimostrato per mezzo dei tubi del Southey applicati in casi di edema cardiaco degli arti inferiori. Pare dunque che, come il sangue che è filtrato attraverso la candela di porcellana, anche il sangue filtrato attraverso la parete capillare, perda le agglutinine specifiche e non specifiche, pur stando in contatto intimo con gli elementi dei tessuti. Come si spiega? Forse perchè in questo caso non avviene quello scambio initimo di materiali nutritivi, che avviene tra sangue e tessuti, quando fra di essi trovasi la parete capillare di un vaso sanguigno? L'esame del sangue, nella sua reazione emoagglutinativa, delle vene fluenti da ciascun organo del corpo potrebbe dare qualche nozione atta a spiegare i fatti su esposti. Si continueranno le ricerche.

Altri dati. — Negli animali neonati come nei neonati umani il siero di sangue difetta di agglutinine specifiche, e di agglutinine non specifiche. Queste ultime non si può ancora stabilire a quale epoca appaiano.

Però le emasie elaborano agglutinogeno prima ancora che il siero di sangue contenga agglutinine. Happ ha trovato che il gruppo ematico, al quale un bambino appartiene, non è stabilito fino al cadere del primo anno di età, ed è definitivamente stabilito non prima del cadere del secondo anno, inoltre che il gruppo ematico è fissato prima nei corpuscoli rossi e poi nel siero.

Le isoagglutinine presenti nel latte di una donna sono le stesse di quelle del gruppo ematico al quale essa appartiene.

La reazione emoagglutinativa può anche verificarsi nel plasma sanguigno prima che questo abbia, secondo il metodo finora sperimentato, subìto cambiamenti mercè la coagulazione. Il plasma ed il siero contengono entrambi le stesse specie e la stessa quantità di agglutinine sia specifiche sia non specifiche, e i cambiamenti chimico-fisici determinati dalla coagulazione non hanno rapporti col contenuto agglutininico.

Se le emoagglutine trovate nel sangue coagulato, si trovano inalterate parimenti nel sangue non coagulato, nel sangue circolante si trovano esse egualmente come tali? Finora non abbiamo dati sperimentali per una risposta qualsiasi. Si stenta a credere, che le agglutinine non specifiche siano allo stato libero nel sangue circolante, perchè si verificherebbero senz'altro *in vivo* delle trombosi e delle embolie. Si potrebbe obbiettare, che esista un meccanismo inibitore di questo fenomeno. Comunque è da ricordare che il sangue è un liquido a equilibrio fisico-chimico instabile, e la semplice fuoriuscita dai vasi può offenderlo abbastanza per poter determinare un riaggruppamento dei suoi aggregati fisici e chimici che possono essere riconosciuti e studiati quale alterazione della reazione emoagglutinativa del sangue lavato.

Delle agglutinine il problema è importante come di altri corpi esistenti in circolo che giocano parte attivissima nelle reazioni immunitarie, e nelle reazioni di difesa contro le infezioni.

Studi ulteriori approfondiranno senza dubbio questi studi così importanti, ora iniziati e così carichi di punti interrogativi.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Ascessi subfrenici.

(ALFRED ULMANN e CHARLES LEVI. *Surgery, Gynecology and Obstetrix,* 1921).

Gli autori dopo aver numerato sulla base di molti dati statistici le cause svariate, che possono condurre ad ascessi subfrenici, concludono come l'appendicite sia una delle cause più frequenti. A prova di ciò riportano un caso in cui l'ascesso subfrenico si sviluppò in ospedale durante il periodo curativo di un ascesso appendicolare. Tale ascesso subfrenico è inoltre importante perchè aveva un alto contenuto in gas.

STORIA DEGLI ASCESSI SUBFRENICI. — La storia degli ascessi subfrenici segna una fase importante della letteratura medica. Può dividersi in tre periodi:

Nel primo periodo avanti il 1845 i casi erano diagnosticati solo alla autopsia. Le descrizioni di Ferrus (1825), di Luis (1826), Cruveilhier (1832) appartengono a questo periodo.

Nel secondo troviamo delle osservazioni cliniche. Fu Barlow nel 1845 a fare la prima diagnosi clinicamente ed a descrivere le differenze fra le pleuriti e gli ascessi subfrenici. Ad Eisenhohe (1879) appartiene il merito di aver fatta dopo Barlow la prima diagnosi.

Nel terzo periodo incomincia l'èra degl'interventi operativi. Prime le memorie di De-

bove e Remod, vennero in luce nel 1890, nelle quali gli autori descrissero un caso che fu esattamente e precocemente diagnosticato e trattato con incisione e drenaggio. Il lavoro di Maydl appartiene pure al recente periodo chirurgico.

ANATOMIA. — Sono conosciuti quattro spazi intraperitoneali e due extraperitoneali.

Intraperitoneali: Destro: anteriore, posteriore; Sinistro: anteriore, posteriore.

Extraperitoneali: Destro, sinistro.

Il legamento falciforme divide lo spazio subfrenico in due parti: destra e sinistra. Ciascuna di queste è divisa in una più grande anteriore e una più piccola posteriore, costituendo così i quattro spazi subfrenici intraperitoneali. Lo spazio extraperitoneale destro è situato fra il letto del legamento coronario ed il sinistro raggiunge l'estremo superiore del rene sinistro nella loggia perirenale. Il pus può raccogliersi in ciascuno di questi spazi e produrre ascessi con sintomi che, secondo alcuni autori, possono indicare chiaramente lo spazio che viene coinvolto.

1° Lo spazio intraperitoneale destro è situato fra la faccia superiore del lobo destro del fegato ed il diaframma, col legamento falciforme a sinistra e il legamento coronario posteriormente. In questa varietà di ascessi, il fegato diviene aderente al diaframma sul davanti. Il pus è localizzato nella parte superiore e posteriore dello spazio; il diaframma è spinto in alto dando segni di compressione sul polmone destro. Questo è il tipo comune che segue alle appendiciti. Qualche volta il fegato non discende a causa di aderenze.

2° Lo spazio intraperitoneale subfrenico destro, posteriore è rappresentato dalla tasca sotto epatica; uno spazio triangolare limitato lateralmente dalla parete addominale, in avanti dal fegato e dalla vescichetta biliare e posteriormente dalle pareti addominali, con l'apice verso l'estremo tratto del lobo sinistro del fegato. Quivi un ascesso porterà una tumefazione dell'ipocondrio destro ed eccezionalmente nella regione lombare destra. Può trovarsi spesso combinato ad altre varietà di ascessi subfrenici.

3° Lo spazio intraperitoneale anteriore subfrenico sinistro è la fossa limitata del diaframma in alto, in lobo sinistro del fegato in basso, la milza a sinistra e il legamento falciforme a destra. Un ascesso in questa regione è generalmente dovuto ad un'ulcera gastrica perforata. Produce una tumefazione nell'epigastrio e nell'ipocondrio sinistro con segni di compressione del polmone sinistro. Questo tipo di ascesso contiene sempre gas.

4° Lo spazio subfrenico intraperitoneale sinistro posteriore è il più piccolo. Il pus occupante il piccolo spazio può dare segni suggestivi di cisti pancreatica. Ivi gli ascessi sono una rarità.

5° Lo spazio subfrenico extraperitoneale destro giace fra il letto del legamento coronario del fegato. Le infezioni provenienti dal rene destro, dalla faccia posteriore del duodeno e dalle appendici in posizione retrocecale possono farsi strada in questo spazio, respingendo la riflessione peritoneale sempre più indietro e il fegato sempre più in basso nell'addome.

Gli ascessi possono estendersi fra il letto del legamento falciforme e la linea mediana dell'epigastrio e possono venire incisi senza aprire la cavità peritoneale. Questo tipo di ascesso subfrenico deve differenziarsi da quello intraperitoneale destro anteriore dove il fegato non può essere spinto in basso a cagione della formazione di aderenze.

6° Lo spazio extraperitoneale subfrenico sinistro è situato nel tessuto retrocellulare del rene sinistro. Le infezioni di questo spazio sorgono dal rene sinistro, dal pancreas, dal colon discendente e dalle glandole lombari. Gli ascessi si ritrovano nella regione lombare; questo tipo è raro.

Clinicamente non è sempre possibile determinare quale spazio subfrenico occupi l'ascesso e nella letteratura non si dà soverchia importanza alla loro localizzazione. Dal fatto che i sintomi del caso descritto sopra erano prevalentemente toracici gli autori pensarono di aver avuto che fare con un ascesso subfrenico destro.

Come base clinica, la classificazione di Piquant in ascessi subfrenici anteriori inferiori a sintomi prevalentemente addominali, ascessi subfrenici anteriori superiori con sintomi toracici, ascessi retroperitoneali con tumefazione lombale è soddisfacente. Secondo tale classificazione il caso su riportato apparterrebbe alla categoria degli ascessi subfrenici superiori con sintomi toracici.

PATOGENESI. — Parecchie teorie per gli ascessi subfrenici sono state esposte. Le più importanti sono le seguenti:

1° Aspirazione del torace durante la respirazione.

2° Circolazione linfatica dal peritoneo alla cavità pleurica attraverso gli stomi del diaframma.

3° Gravitazione.

Questa ultima è ora la più accettata. Quando il paziente giace sul dorso, il rene e la massa muscolare lombare producono fra lo

spazio subfrenico e il Douglas nella donna e lo spazio retrovescicale nell'uomo, un argine.

Il pus gravita sulle due depressioni prodotte da questa elevazione. Nelle appendiciti lo spazio subfrenico può essere infettato dalle seguenti vie: 1) Come parte di una peritonite generalizzata (raro); 2) Dal lento progredire dell'infezione dalla pelvi alla fossa peritoneale; 3) lungo la vena porta, come una pileflebite; 4) dagli spazi linfatici su per il tessuto cellulare destro e lungo i linfatici che accompagnano l'arteria epigastrica fino al legamento falciforme.

L'infezione per via peritoneale produce ascessi intraperitoneali, per la via dei tessuti cellulari, ascessi extraperitoneali; per la via dei linfatici entrambi i tipi.

Gli ascessi possono contenere pus e gas. In alcuni rari casi sono stati ritrovati bile o contenuto alimentare o fecale ed anche uncini di echinococco e succo pancreatico. Vari microrganismi sono stati isolati dagli ascessi: il b. coli più frequentemente, gli streptococchi, stafilococchi, pneumococchi meno frequentemente, e gli anaerobi raramente.

Pus e gas negli ascessi subfrenici (piopneumotorace subfrenico di Leyden) si ritrova in circa il 25 % dei casi. In pochi casi gli ascessi contenevano solo gas (Grumisen 12). Secondo i più il gas degli ascessi subfrenici può originarsi: 1) dall'intestino; 2) dai polmoni; 3) spontaneamente.

SINTOMI. — 1° *Storia.* — L'inizio degli ascessi subfrenici può essere acuto o insidioso. Eisendrath riporta un caso in cui i segni comparvero un anno dopo un'appendicectomia. Questo ad ogni modo è raro: nella maggior parte dei casi seguenti ad appendicectomia compare durante o subito la convalescenza.

Nei casi acuti, si può fare la diagnosi di ascesso subfrenico contemporaneamente alla diagnosi di appendicite acuta, o può essere il primo segno dell'esistenza di un'ulcera gastrica o duodenale esistente da tempo più o meno lungo.

2° *Sintomi generali di suppurazione* sono spesso presenti: febbre, tachicardia e anemia, dimagrimento, brividi e leucocitosi polimorfonucleata.

3° *Segni addominali.* — Spesso il tumore dell'ipocondrio o nella regione epigastrica ed anche nella regione lombare può essere trovato secondo i vari tipi di ascesso subfrenico.

A causa della formazione di aderenze queste masse possono essere fisse. Quando vi è presenza di gas l'ottusità epatica scompare e viene rimpiazzata da timpanismo. In molti casi può riuscire difficile la diagnosi differenziale fra un ascesso subfrenico e la peritonite generalizzata particolarmente quando il dolore, il vomito ed il meteorismo predominano nella sintomatologia.

4° *Sintomi e segni toracici.* — Questi sono i più comuni. I segni di compressione polmonare sono generalmente presenti. Un indurimento del tessuto polmonare o un empiema possono essere associati con gli ascessi subfrenici. Il cuore può essere spostato ed anche ruotato. I segni variano negli ascessi a seconda della presenza o della assenza dei gas. In presenza di gas l'area di timpanismo varia col variare della posizione. La dispnea e la tosse sono sintomi comuni e l'espettorato fetido può comparire nella rottura di un ascesso in un grosso bronco.

COMPLICAZIONI. — Le complicazioni possono convenientemente essere divise in *A*) Toraciche e *B*) Addominali.

A) Complicazioni toraciche:

1° *Pleurite senza perforazione del diaframma* può avvenire attraverso le anastomosi linfatiche fra la cavità peritoneale e pleurica. La pleurite può essere fibrinosa, siero-fibrinosa ed anche purulenta.

Si ammette oggi che delle zone di polmonite circoscritta si trovino adiacenti ad ascessi subfrenici.

2° *Perforazione del diaframma.* — Negli ascessi retroperitoneali la perforazione avviene al punto di unione delle inserzioni costali e lombari del diaframma mentre invece nella varietà intraperitoneale essa avviene usualmente nel centro del diaframma. La grandezza della perforazione varia da una testa di spillo ad un mezzo dollaro. La perforazione in genere è unica ma possono essere multiple.

3° *Rottura nella cavità pleura.* — Questa evenienza può stringere in alto la pleura parietale così che essa aderisce alla pleura viscerale e la sovrapposizione delle due superfici può formare una barriera al procedere dell'infezione e più frequentemente in ogni modo il pus si fa strada nella cavità pleurica ed i segni fisici variano a seconda che il pus è saccato o libero. Quando gli ascessi si rompono vicino al centro del diaframma si formano aderenze fra pleura viscerale e parietale e la parete esterna del cavo ascessuale, ma quando essi si rompono vicino alla periferia (seno costo-diaframmatico) ove il polmone discende soltanto nelle profonde ispirazioni, le aderenze non si formano facilmente e segue l'empiema.

I segni fisici variano da caso a caso, secondo che vi è pus solo o pus con gas. Con solo pus non vi è differenza fra i dati percussori dovuti alla pleurite e quelli dovuti agli ascessi sub-

frenici, ma in presenza di gas, le seguenti zone possono rivelarsi dall'alto in basso con il paziente posto a sedere:

a) Risonanza polmonare.

b) Ottusità corrispondente alla pleurite.

c) Timpanismo del gas dell'ascesso subfrenico.

d) Ottusità dovuta al pus dell'ascesso subfrenico.

4° *Rottura nel polmone.* — Questo può dar luogo alla formazione di ascessi polmonari, cancrene, o alla apertura in un bronco con espettorato purulento. Se delle aderenze fissano il diaframma al polmone, il pus può passare direttamente nel polmone senza inondare la cavità pleurica. Se l'ascesso si rompe in un grosso bronco può svuotarsi completamente ma ciò è raro.

5° *Complicazioni addominali* (non sono così comuni a trovarsi come le toraciche).

1° *Peritonite* (rara). — Più facilmente l'ascesso subfrenico è secondario ad una peritonite generalizzata.

2° *Rottura nello stomaco o esofago.* — Il vomito di pus può permettere la diagnosi; questa è una complicazione fatale.

3° *Rottura nella vescica o nell'uretere.* — Anche rara.

4° *Apertura attraverso la pelle.* — La fistola è comunemente nell'ipocondrio destro e il più delle volte è associata a colelitiasi e colicistite.

DIAGNOSI. — È importante diagnosticare la presenza di un ascesso subfrenico onde prevenire le varie complicazioni sopra menzionate e più specialmente per prevenire la perforazione del diaframma.

Un ascesso subfrenico che ha spinto in alto il diaframma, può venire facilmente confuso con un empiema e la diagnosi differenziale resta difficile.

Il segno di Litten non è importante ma si dice che persista negli ascessi subfrenici e scompaia nell'empiema. Magde sostiene che il cuore è spostato in alto negli ascessi subfrenici e dislocato a destra o a sinistra nelle pleuriti. Alla percussione, fatta eccezione del tipo gassoso, non vi può essere differenziazione possibile fra l'ottusità della pleurite e quella dell'ascesso subfrenico, più specialmente ciò è vero per il lato destro. Per la ricerca del pus sotto il diaframma si impiegherà sempre la puntura esplorativa. L'ago va introdotto almeno tre pollici (7-8 cm.) cominciando nello spazio decimo intercostale sulla linea scapolare. Se non si trova pus, altre prove debbono essere fatte consecutivamente nel nono, ottavo, settimo e sesto spazio intercostale. Se anche queste non ottengono successo la puntura esplorativa va fatta sulla linea ascellare, introducendo l'ago dal basso all'alto. Queste punture possono venir fatte con o senza anestesia generale. Spesso in presenza di pus è difficile determinare l'origine se cioè venga da sopra o da sotto il diaframma. Il segno di Fuerbingen è d'aiuto a condizione che il diaframma non sia paralizzato. Se l'ago ha perforato il diaframma esso si muoverà in alto ed in basso con i movimenti respiratori. La radiografia è d'un inestimabile aiuto per la diagnosi e il caso sopra esposto chiaramente dimostra l'importanza del suo impiego in quei casi di postumi di appendicectomia quando la spiegazione di un'elevata temperatura non è chiara. Per la ricerca del gas la posizione supina e laterale col paziente giacente sul lato sano è preferibile alla posizione seduta quando il malato è molto grave.

PROGNOSI. — La prognosi varia secondo il procedimento seguito, sia aspettante, che operativo.

Mortalità in casi non operati (%): Barnard 100, Piquand 92, Perutz 85.

Mortalità in casi operati (%): Barnard 37, Piquand 30, Perutz 20.

TRATTAMENTO. — Vi è un solo sistema di trattamento ed è quello chirurgico. La via posteriore di accesso è adesso ritenuta migliore di quella anteriore. Il metodo transpleurico posteriore con resezione di una costola è il metodo di scelta. Il diaframma è fissato ai muscoli intercostali con tre o quattro suture, poi inciso e l'ascesso drenato. Con questo metodo si ottiene il vantaggio di poter contemporaneamente drenare un empiema complicante, il solo svantaggio consiste nell'ingresso di aria nella cavità pleurica e nella possibilità d'infezione di questa quando già non lo sia.

Il metodo di Elsberg che consiste nella resezione di un tratto della nona e decima costola sulla linea ascellare e nell'incisione del diaframma dopo aver separata la pleura, è troppo spesso accompagnato da infiltrazione entro la pleura. Nel caso degli autori la punta della dodicesima costola fu resecata e l'ascesso venne drenato senza aprire la cavità pleurica. Quando gli ascessi si svolgono nell'addome possono essere aperti sulla linea mediana o parallelamente alle costole, senza penetrare nella cavità peritoneale. Negli ascessi retroperitoneali la via da seguirsi è la lombare.

U. BANI.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Contributo allo studio della pielite gravidica.

(CARLO COLOMBINO, *Annali di ostetricia e ginecologia*, n. 5, 1920).

Dopo un lucido riassunto dello stato attuale delle conoscenze sull'argomento l'A. riferisce 47 casi da lui studiati nell'Istituto ostetrico di Milano endoscopicamente, batteriologicamente e funzionalmente. Fra i reperti endoscopici rimarchevole il rilievo della frequenza (in oltre due terzi dei casi) di una cistite del trigono, ora intensa ed estesa a tutto il triangolo, ora lieve e circoscritta intorno alla papilla, talvolta in forma di « aree rossiccie a contorno netto, che risaltano a guisa di isole sulla mucosa sana ». In 38 casi fu fatto il sondaggio ureterale e 14 volte fu trovata ritenzione di urina purulenta, 7 volte bilaterale, 6 solo a destra, 1 volta a sinistra. Talvolta la ritenzione è nel solo bacinetto, altre volte è anche nella parte alta dell'uretere distesa, sopra la linea innominata. Interessante è poi che i casi con ritenzione *non* sono fra i più gravi, nè per i dati clinici oggettivi nè per il dolore. Il quale ultimo sarebbe riferibile specialmente alla flogosi del rene.

Quantità rilevanti di albumina furono trovate in 10 casi, ma non v'è rapporto fra la quantità di albumina e l'entità del processo infiammatorio, chè mentre in alcuni casi si tratta di nefrite da localizzazione dell'infezione, in altri non v'è che la complicazione d'un rene gravidico.

Dal lato ammalato è diminuito il potere di concentrazione con aumento compensatorio della secrezione acquosa. Se la lesione è bilaterale, l'alterazione funzionale è maggiore dal lato più colpito. L'alterazione della funzione persiste poi talvolta anche molto tempo dopo cessato l'attacco febbrile, indice questo di lesione stabile del parenchima renale.

Inoltre l'A. ha trovato 2 volte su 10 persistenza della batteriuria a distanza di anni. Altri casi furono pubblicati di irreparabili lesioni monolaterali che richiesero intervento chirurgico. E l'A. suppone che spesso suppurazioni e sclerosi pielorenali monolaterali e forse delle nefriti croniche interstiziali abbiano per punto di partenza una pielonefrite gravidica.

Batteriologicamente, su 32 casi, fu trovato 16 volte bact. coli, 14 volte un bacterio colisimile, 2 volte (in tifose) bac. del tifo.

Per la *terapia* l'A. ha avuto buoni risultati dalle lavature vescicali con ossicianuro di mercurio 1:4000 e dalla distensione della vescica alla Pasteau, della quale non sa dire se influisca anche sul processo del tratto superiore delle vie urinarie. L'A. crede che non sia indicato generalmente il lavaggio del bacinetto nel periodo acuto; chè darebbe risultati incostanti e non è scevro di pericoli; è indicato invece in forme antiche e ribelli agli altri trattamenti.

Eccellenti sono invece i risultati che l'A. ha ottenuto con autovaccinazione alla Wright; le 9 grafiche sono quanto mai suggestive. L'A. fa iniezioni di dosi più alte delle abituali, partendo da 50-100 milioni e arrivando a un miliardo e oltre (in un caso fino a 5 miliardi). Distanzia inoltre assai meno che non si creda necessario le iniezioni, praticandole abitualmente ogni 2 o 3 giorni, ma anche perfino in giorni consecutivi.

Certo, in base ai risultati del Colombino, varrà la pena di riprendere la cura vaccinica della pielonefrite gravidica con i nuovi criteri da lui indicati. BOL.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

CATES J.: *The Welfare of the School Child.* Un vol. in-16 di 148 pag. con figure, rilegato. — Cassel and Company ed. Londra, New York, Toronto, Melbourne. — Prezzo 5 scellini.

Non vi ha chi disconosca la grande importanza dell'ambiente sul benessere del fanciullo che frequenta la scuola. Questa tenera pianticella ha bisogno di vivere in un ambiente adatto e circondato dalle nostre assidue cure, per poter crescere in un albero sano e robusto, capace di resistere nella lotta della vita.

L'A. descrive dapprima le cattive condizioni in cui spesso si trova il fanciullo nella casa, l'eventuale stato di inferiorità per la cattiva nutrizione, le malattie ed i difetti dei denti, della visione, dell'udito, ecc.; le condizioni del fanciullo storpio o deficiente.

Tratta poi dei rimedi, che consistono essenzialmente nell'impianto e funzionamento razionale delle scuole, e relativi annessi, come refettori, bagni, visite mediche che mettono capo ad una vera clinica per gli scolari, ecc. Gli ultimi capitoli riguardano le scuole speciali (all'aperto, sanatoriali, per deficienti, storpi, ecc.).

Il libro è di agevole lettura e pieno di buon senso pratico. Le scuole, di cui sono riportate le fotografie, sono evidentemente condotte col sistema della Montessori, che è largamente adottato all'estero e che i nostri insegnanti forse apprezzeranno quando ci ritornerà con una etichetta straniera. A. F.

PER LA SCUOLA NUOVA. Un vol. in-24 di pag. 150, rilegato. Federazione italiana delle biblioteche popolari. Milano. — Prezzo L. 2,50.

Il prof. Ragazzi è l'infaticabile apostolo che va da anni propugnando un migliore assetto igienico della scuola, ed in questo volumetto di propaganda, che egli ha redatto con la collaborazione dei dottori A. Castellini, A. Boselli, P. Molinari-Tosatti, G. Palomba ha trasfuso il suo ardore ed il frutto della sua esperienza. Sono consigli ai medici ed ai maestri sull'applicazione pratica dell'igiene scolastica, sulle difficoltà che si incontrano, sul modo di superarle: schemi di moduli, di regolamenti, ecc. che serviranno ad agevolare il compito del medico scolastico, ed a dare una certa uniformità nella raccolta dei dati, ciò che può essere poi utilissima per intenti statistici.

Il lavoro è il primo di una serie di pubblicazioni, che l'Associazione italiana per la scuola intende diffondere in tutta la Nazione. Esso è pubblicato con l'adesione del Ministro della pubblica istruzione e della Direzione generale di Sanità e col largo aiuto materiale della Croce rossa americana.

fil.

KRASEMANN ERICH: *Sauglings- und Kleinkinderpflege in Frage und Antwort.* Un volume in-8 di pag. 81. — G. Thieme ed., Lipsia. — Prezzo per l'estero M. 16.

La forma semplice di questo libretto, la chiarezza con cui vi sono esposte le questioni sulle cure da prestarsi alla gravida, al neonato, al poppante, sulle più comuni malattie infantili, ecc. ne fanno una buona guida per la preparazione agli esami per le così dette *Sauglings-* e *Kleinkinderpflegerin.* Di questa utilissima istituzione, per la quale si rilascia in Germania un diploma di stato, noi non abbiamo neppure il nome; mentre ve ne sarebbe tanta necessità per combattere vecchi pregiudizi e diffondere con l'esempio e con la persuasione, le nozioni di assistenza all'infanzia, fra le madri di cui la colpa maggiore è l'ignoranza. Il presente manuale fornisce informazioni sulle diverse conserve di latte, sul modo di preparazione degli alimenti, sulla disinfezione, ecc.

fil.

WRIGHT SWIFT FLORENCE: *Industrial Nursing.* Un vol. in-16 di pag. 174. — The MacMillan Company, Londra e New York.

Per lo sviluppo sempre maggiore che va prendendo la medicina del lavoro, specialmente come pronto soccorso all'infortunato, e come igiene del lavoro stesso, si esige un personale di assistenza opportunamente addestrato.

Sono perciò state istituite le *nurses* industriali, che, sotto la direzione del medico, compiono la loro opera benefica e complessa in ogni stabilimento industriale. L'A., che è stata anch'essa *nurse* nelle industrie e che ora è salita a più alte cariche, con piena conoscenza della materia, espone in questo manuale i principii generali che debbono guidare l'opera di assistenza nelle industrie, l'impianto, le dotazioni, il funzionamento dei posti di pronto soccorso, e tutte le funzioni accessorie che fanno della *nurse* quasi un angelo benefico, che ha cura della salute fisica e spirituale degli operai e delle loro famiglie. Schemi di moduli, di relazioni, di registri, istruzioni diverse, ed una buona bibliografia completano l'utile manuale.

fil.

E. ALFIERI: *Nel centenario della fondazione della Clinica ostetrica ticinese.* 1 op. in-8 gr., di pag. 36. — Roma, Stabilim. Poligr. per l'Ammin. della Guerra, 1921.

Il valoroso clinico ostetrico-ginecologico di Pavia ha raccolto in opuscolo la sua brillante orazione pronunziata nella seduta inaugurale del 20° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, il 24 ottobre 1920. Egli ci offre una esposizione storica completa dell'insegnamento dell'Ostetricia nell'Ateneo ticinese: non un'esposizione arida, ma avvivata da rilievi e considerazioni molto interessanti; si delinea e si riflette in essa, in sintesi rapida, l'evoluzione storica della disciplina. L'opuscolo si legge con vivo gradimento e profitto.

G. F.

GIOV. GALLI. *Come prolungare la vita.* — Milano, Ulrico Hoepli. — Prezzo L. 12.50.

Traendo argomento dalla longevità del conte Greppi, di cui il prof. Galli è medico curante, questi offre una scorta sicura per vivere secondo i dettami dell'igiene. Sono trecento pagine scritte con stile chiaro, persuasivo, avvincente. È un libro che soddisfacendo le esigenze del pubblico compierà una efficace opera di educazione igienica. Non gli mancherà perciò il successo.

G. F.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Regia Accademia Medica di Torino.

Seduta del 4 febbraio 1921.

Duplicità anteriore in un embrione umano alla settima settimana.

LEVI. G. — Riferisce le osservazioni del professore Viana su di un caso di duplicità anteriore in un embrione umano alla settima settimana che egli ha sezionato in serie.

Sul nucleo accessorio d'origine del nervo abducente e sul suo probabile significato.

TERNI. — In embrioni di vari gruppi di vertebrati ha osservato un ben definito nucleo accessorio del sesto paio: le cellule che lo costituiscono hanno una forma caratteristica, e le fibre che da esso si dipartono vanno ad innervare in parte la terza palpebra e in parte il retto esterno. Nel riflesso trigemino abducente, per il quale uno stimolo della faccia produce la chiusura della membrana nititante, l'arco diastaltico sarebbe formato dalle fibre del trigemino, che si articolano coi dentriti delle cellule del nucleo accessorio del sesto paio.

Seduta dell'11 febbraio 1921.

Ernia lombare.

SERAFINI G. — Riferisce sopra un caso di ernia lombare dello spazio di Grynfeltt da lui operata. Si trattava di un uomo di 61 anni fortemente dimagrato, il quale da circa due anni aveva notato la comparsa di un tumore della grossezza di un uovo di gallina situato immediatamente al disotto della 12ª costa di sinistra a circa 10 cm. dalla linea spinosa. Il tumore dava suono timpanico, era riducibile e dopo la riduzione la punta dell'indice penetrava in una soluzione di continuo della parete. Il paziente lamentava dolori a livello del tumore. All'operazione si constatò trattarsi di un sacco erniario, che ricoperto da abbondante tessuto adiposo, fuoriusciva da una soluzione di continuo del foglietto di origine del muscolo trasverso. Ridotto il sacco erniario che conteneva un'ansa del tenue, per chiudere lo spazio del Grynfeltt vennero dati dei punti di avvicinamento tra il piccolo dentato posteriore inferiore ed il piccolo obliquo, tra il quadrato dei lombi ed il piccolo obliquo; la sutura venne rinforzata con una mioplastica fatta con un lembo dissecato del grande dorsale ed affondato.

Sulla tecnica della prova della isoagglutinazione per la diagnosi individuale del sangue.

LATTES. — Le ricerche comunicate dall'A. si riferiscono a tentativi per trovare il modo di ovviare agli errori che possono farsi in causa della pseudoagglutinazione. Esponendo i globuli rossi a 50 gradi per 5 minuti non si hanno più pseudoagglutinazioni, ma si hanno ancora le agglutinazioni.

Presentazione di un nuovo apparecchio per il dosaggio dell'urea.

SEGRE. — Questo apparecchio, fondato sulla nota azione dell'ipobromito, presenta notevoli vantaggi su quelli finora in uso.

PIETRO SISTO.

Regia Accademia Peloritana.

Seduta del 9 marzo 1921.

Sul comportamento dei gliceridi e dei lipoidi nel fegato sopravvivente dei cani spancreatizzati.

U. LOMBROSO. — Dopo l'estirpazione del pancreas il fegato dei cani aumenta rapidamente il suo contenuto in gliceridi, sino a raggiungere un contenuto dieci, venti e più volte superiore al normale. Non si osservano modificazioni apprezzabili per quanto riguarda i fosfatidi e la colesterina.

Mentre il fegato di cane normale, esportato nel periodo della digestione ed assorbimento alimentare (6-12 ore dopo il pasto) consuma una notevole quantità del grasso contenuto nel tessuto od aggiunto al sangue circolante, il fegato di cane spancreatizzato, esperimentato nelle medesime condizioni, non consuma affatto tale sostanza. Il fenomeno riesce tanto più dimostrativo in quanto il fegato del cane spancreatizzato dispone di una quantità di materiale grasso enormemente superiore del fegato normale, e proprio di gliceridi che secondo l'opinione dominante costituiscono il materiale di consumo, a differenza dei fosfatidi che rappresentano materiale di costituzione fissa del tessuto. Questi risultati confermano, secondo l'A. che al pancreas spetti una funzione fondamentale nel ricambio intermedio dei grassi, concezione sostenuta dall'A. da molti anni, in base a ricerche eseguite con altre disposizioni sperimentali.

Sul comportamento degli idrati di carbonio nel fegato sopravvivente di cane spancreatizzato.

U. LOMBROSO. — Dopo l'estirpazione del pancreas il fegato contiene scarsissime quantità di idrati di carbonio, meno dell'1 %. Durante la sopravvivenza non consuma affatto tali depositi, o li consuma in misura minima, e così pure si comportano gli idrati di carbonio del sangue circolante. Aggiungendo forti quantità di glicosio al sangue, allora si avverte un consumo di esso abbastanza notevole, per quanto di gran lunga inferiore al consumo che si osserva da parte del fegato di cane normale, esperimentato nel periodo della digestione.

Il grasso nel fegato dei cani spancreatizzati non serve quindi a produrre glicosio come sostengono varii autori per interpretare il diabete pancreatico.

G. V.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Il rachitismo.

Il sintoma predominante del rachitismo è l'alterazione dei processi di costruzione e di fusione dell'osso in via di sviluppo.

La malattia in esame non si manifesta prima del secondo mese di vita: è frequente specialmente fra il 7° e il 24° mese.

Noeggerath (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung*, n. 5, 1920) ne dà la seguente sintomatologia:

Prima delle alterazioni ossee visibili si hanno disturbi prodromali: inquietudine generale, disturbi del sonno, iperestesia, dermografismo, sudorazioni profuse, specie del capo con caduta dei capelli.

Nello stadio attivo si ha un rammollimento delle ossa (onde infrazioni e incurvamenti) poscia ispessimento eccessivo delle stesse (donde le speciali deformità del cranio e delle membra): colpito è anzitutto il cranio e il torace, più tardi gli arti, la colonna vertebrale: di qui il ritardo della chiusura delle fontanelle, la corona di rosario, le articolazioni doppie, le dita a collana di perle, le infrazioni, gli incurvamenti, la cifoscoliosi.

La prima dentizione ritarda: si ha ipoplasia dello smalto. Spesso idrocefalo, anemia, epatomegalia, splenomegalia: l'organismo presenta scarsa difesa verso le malattie e frequenti sono le complicazioni polmonari, le piodermiti, la diarrea, il meteorismo, il ventre batraciano.

Anatomo-patologicamente si constata scomparsa dei sali calcarei (alisteresi) con imbibizione acquosa, scarsezza delle trabecole ossee (osteoporosi), aumento dei normali processi di fusione o riassorbimnto. I muscoli sono flaccidi: le loro cellule assottigliate: vi si riscontrano cellule rotonde. Nel sangue: oligocitemia, aniso, poichilocitosi, emazie nucleate). Milza-fegato ingrossati. Paratiroidi spesso ipertrofiche.

Nella patogenesi distinguiamo:

1° i processi gastrointestinali;

2° i processi che svolgendosi nel sistema nervoso ed endocrino si riflettono sulle condizioni del sistema vasale;

3° i processi ossei.

Particolarmente studiato è stato il ricambio del calcio: però in tale questione non è sufficiente, per aver un'idea precisa della quantità del calcio che ha partecipato al ricambio interno, misurare da un lato il calcio introdotto coi cibi e dall'altro quello eliminato con le feci ed urine, poichè non possiamo sapere quanta parte del Ca. eliminato proviene dai cibi, non essendo stato assorbito e quanto proviene invece dal ricambio interno dopo essere stato assorbito.

Intanto è accertata una deficiente *entrata* di Ca. e Ph. nel periodo attivo della malattia ed una affinità delle ossa per i sali di Mg. maggiore che per i sali di Ca.: allo stesso modo quindi come nelle *atrofie* si ha una insufficiente utilizzazione di alcali, Cd., S., Mg. nelle *anemie* di Fe., nel rachitismo il *deficit* riguarderebbe il Ca., il Ph., l'acido carbonico aggiungendovi anche un assorbimento di acqua maggiore del normale; le riserve di Ca. con cui il bambino viene alla luce ci danno ragione del perchè il rachitismo non si sviluppa mai prima del secondo mese di vita.

Di contro a ciò sta il fatto che esperimenti sugli animali e l'esperienza clinica degli ultimi tempi in Austria e Slesia, in cui la carestia era accentuata, mostrano la scarsa importanza del calcio alimentare nella genesi della malattia: a ciò aggiungiamo il fatto della frequenza maggiore del rachitismo nei bambini nutriti con latte di vacca non diluito, che fra quelli alimentati con latte di vacca diluito, e maggiore anche in quelli nutriti con latte di donna che sappiamo relativamente povero di Ca.

Sembra però che per quanto riguarda l'alimentazione, il punto importante non sta già nella scarsezza di Ca. introdotto, ma in quelle condizioni che ostacolano in via primitiva l'assorbimento di esso da parte della mucosa.

Se studiamo il calcio nel circolo sanguigno, sappiamo che una parte di esso è quella che entra nella crasi normale del sangue stesso, una parte è destinata a servire per l'anabolismo dei vari tessuti, una parte proviene dal metabolismo di essi: poichè occorrerebbe naturalmente conoscere rispetto alla questione della patogenesi del rachitismo tali quantità singolarmente, s'intende lo scarso valore dei dati globali.

Da vari ricercatori si è cercato di individualizzare nel sangue delle sostanze capaci di legare il Ca. prima che questo si deponga nelle ossa, ovvero capaci di provocare l'uscita di esso subito dopo che vi è stato deposto; alcuni precisando, hanno incolpato il CO_2, altri genericamente hanno parlato di iperacidità del sangue. Tali ipotesi cadono però di fronte ai fatti: il rachitismo può aversi anche se non esiste acidosi del sangue, ed anche se l'alimentazione è ricca di alcalini.

Recklinghausen ha spostato la sede degli acidi portandola dal circolo generale nel sangue delle ossa stesse.

Lehnert ricerca la causa del rachitismo nel tessuto osteoide stesso incapace di assimilare il Ca.: incapacità di natura chimica dimostrabile con esperimenti: i ricettori delle molecole di cui si compone la sostanza fondamentale divenuti incapaci di combinarsi col calcio rimangono a disposizione del Mg.

Il processo origenerebbe però sempre da alterazioni locali del circolo di natura vasomotoria o per alterata funzione endocrina.

Sta di fatto che delle varie alterazioni a carico del timo, della tiroide, delle ovaie, dei testicoli, della ipofisi, ecc., riportati dai vari autori, meritano attenzione le osservazioni sperimentali di Aschoff e le anatomo-patologiche di Weichselbaum sulle paratiroidi dimostranti la loro importanza nel ricambio del Ca. e l'ingrossamento cui spesso esse vanno incontro nel rachitismo.

Oltre il fattore nervoso ed il fattore endocrino entra nella patogenesi il fattore infettivo con embolie di natura batterica, causa delle summenzionate alterazioni di circolo: importanza grande hanno anche il fattore ereditario, l'insufficienza del Ca. nel momento della nascita, l'insufficienza della luce, del moto, dell'aria libera, il fattore dispeptico, le infezioni pregresse (molti autori ritennero il rachitismo stesso una infezione).

Da quanto si è detto, risulta l'importanza nella terapia del rachitismo, del moto, del sole, della vita all'aperto, delle cure climatiche, chinesiterapiche ed alimentari.

Per la terapia medicamentosa se è contestabile l'azione del Ph. da accogliersi senza riserve è l'azione curativa dell'olio di fegato di merluzzo.

Bieling avrebbe ottenuto buoni risultati con estratto di paratiroidi.

In tutti i modi le cure vanno continuate per lunghi mesi.

MONTELEONE.

Il reumatismo acuto infantile.

P. J. Poynton e J. C. Spence (*British med. Journ.*, 4 dicembre 1920) dimostrano la gravità del reumatismo acuto nei ragazzi sotto i 12 anni basandosi sull'osservazione di 172 casi ammessi all'ospedale infantile in 12 mesi. Vi erano fra questi 104 bambine e 68 maschi: la proporzione secondo l'età sale rapidamente da due a sette anni e poi discende fino ai 12; il fattore ereditario era presente nel 40 %. La maggior frequenza si è avuta nel dicembre, la minima nel marzo: le osservazioni meteoriche dimostrano che il novembre e dicembre furono assai freddi, piovosi, nevosi, il marzo è stato invece assai mite; si è poi avuta una recrudescenza in aprile, mese assai umido e mutevole.

Tra i 172 casi si sono avuti 22 morti, 31 invalidità, 70 lesioni organiche cardiache, 49 guarigioni.

In 84 casi si trattava del primo attacco che si è manifestato in 33 con la sola corea, in 9 con la sola artrite, in 5 con la sola malattia cardiaca: gli altri 37 avevano combinazioni di tali manifestazioni. Queste cifre dimostrano la grande frequenza della corea, la quale si trovava in 104 casi su 172; essa era tre volte più frequente nelle femmine che nei maschi.

Le malattie cardiache si sono avute in 114 casi; e cioè in 19 con cardite generale, in 63 con affezione della mitrale, in 14 affezione aortica e mitralica, in 15 dilatazione transitoria, in 3 frequenza persistente del battito cardiaco.

Si notarono in 111 casi artrite e dolori muscolari. La tonsillite acuta precedette l'attacco in 22 casi; 38 avevano tonsille ipertrofiche e malate: 17 avevano avuto l'enucleazione delle tonsille, ciò che dimostra che tale operazione non protegge sicuramente contro l'infezione.

I noduli si dimostrarono un segno di cattiva prognosi; su 33 casi in cui si manifestarono, si ebbero 12 morti, 15 invalidi assoluti, 4 malattie cardiache compensate, 2 guarigioni. Complessivamente vi sono stati 10 casi con eritema, 7 con porpora, 6 con epistassi.

Gli autori ritengono necessario organizzare la lotta contro le malattie cardiache d'origine reumatica.

fil.

La tarsalgia degli adolescenti.

Si manifesta in giovanetti, che stanno a lungo in piedi, con dolori alla caviglia, che compaiono alla fine della giornata e si calmano dopo il riposo a letto. Di solito si osserva che il piede è piatto; non bisogna però credere che questo sia costantemente accompagnato da fenomeni dolorosi, poichè vi sono eccellenti camminatori pure con piede piatto.

Quando la deviazione in valgismo è notevole, si osserva posteriormente un'inclinazione del tendine d'Achille. Sul margine interno del piede si notano protuberanze anormali dovute alla testa dell'astragalo, al tubercolo dello scafoide, al malleolo interno.

I dolori, dapprima transitori, si fanno poi permanenti, ed interviene un altro fatto, la contrattura muscolare diffusa a tutti muscoli della gamba. Essa va ricercata sempre nei

tarsalgici e viene messa in rilievo afferrando la gamba e scuotendola; se il piede è immobile e non balla, significa che vi è contrattura. Questa ha per primo risultato di immobilizzare le articolazioni, in cui le cartilagini si atrofizzano e scompaiono, producendosi anchilosi; in tale stadio i dolori scompaiono, però a prezzo di una grave deformazione. Il piede diventa sempre più piatto e manifestamente convesso nel suo margine interno.

La causa necessaria è la stazione eretta prolungata: occorrono però delle condizioni favorevoli perchè si sviluppi la tarsalgia, quali sono l'abbassamento della volta del piede, la debolezza dei muscoli e del legamenti. Particolarmente dannoso è il lavoro in piedi, durante il periodo della crescenza, specialmente portando addosso fardelli pesanti, un buon sviluppo dei muscoli può però ovviare a tali condizioni dannose.

Il vero trattamento dalla tarsalgia (Delbet, *Journal des Praticiens*, 14 agosto 1920) consiste nell'igiene del piede. Si deve anzitutto insegnare a camminare, ricordando che il cammino con i piedi rivolti all'infuori, scioccamente ritenuto elegante, sviluppa la tendenza al valgismo. Occorre poi fare, al mattino ed alla sera, degli esercizi di flessione dell'alluce.

Nel periodo iniziale si consigliava un tempo la suola, da introdursi nella scarpa, per la correzione del piede piatto: suola in legno od in sughero, col margine interno grosso, che va assottigliandosi. Tale apparecchio ha però l'inconveniente di sopprimere l'azione dei muscoli e di indurne l'atrofia. La vera terapia, in tale periodo, nell'adolescenza è ancora la ginnastica, con cui si può ottenere la guarigione completa.

Quando è intervenuta la contrattura bisogna ricorrere al riposo e mettere il ragazzo a letto; se dopo qualche giorno la contrattura non è scomparsa, si applicherà un apparecchio gessato. Cessata la contrattura, si ricorrerà alla ginnastica. Quando i dolori non cessano, sotto l'influenza del riposo e dell'immobilizzazione, trattasi probabilmente di tubercolosi del tarso.

Nei casi più avanzati, quando gli ammalati sono ripresi dai dolori, allorchè si rimettono in piedi, si dovrà ricorrere all'intervento operatorio: resezione dell'articolazione astragalo-scafoidea, che ridona la curva plantare con anchilosi. In certi casi occorre fare contemporaneamente la resezione calcaneo-cuboide, cioè la resezione di tutta l'articolazione medio-tarsica.

fil.

Osservazioni sulla tubercolosi nei bambini.

Gli esami di 150 bambini tubercolotici dai 2-14 anni di età — praticati metodicamente dal dott. R. Zimmermann (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1920, n. 24) — dimostrarono:

1° che la tubercolosi polmonare in opposizione a quanto si osserva negli adulti, dove raggiunge una percentuale di 90 ‰, *è rara nei bambini*, e quasi mai assume il decorso di tisi florida;

2° che i fenomeni di alterazione polmonare si fanno più frequenti verso i 6-7 anni d'età (nell'epoca in cui i bambini cominciano a frequentare la scuola) e assumono il carattere distruttivo proprio alle forme tubercolari degli adulti, appena verso l'epoca dello sviluppo.

L'autore consiglia di basare la diagnosi sopratutto sul reperto ascoltatorio e radiologico. Il reperto di percussione nei bambini è spesso incerto.

Frequentissime sono invece le alterazioni ghiandolari. Tutti i 150 bambini esaminati presentavano ingrossamenti delle ghiandole al collo (pacchetti ghiandolari laterali, ghiandole ingrossate nella fossa sopraclavicolare, ghiandole della catena carotidea rammollite e suppurate).

Le ghiandole cervicali sono spesso la prima tappa della via d'infezione seguita dal virus. L'infezione si contrae nei primi anni di vita ed attacca *quasi tutti*. I bacilli vengono trattenuti nelle ghiandole cervicali e peribronchiali e non invadono l'organismo finchè le forze di difesa di questo, sono intatte, ma quando per la lotta contro le malattie infettive che spesso si contraggono a scuola, per il tenore di vita meno igienico, per i patemi d'animo, il potere difensivo dell'organismo si minora, il virus lo invade e la meningite, la tbc. intestinale e polmonare fanno strage. Sono quindi nei bambini più che negli adulti doverose le misure profilattiche che devono essere compito del medico unito a una sana organizzazione sociale: medici scolastici ma anche scuole ariose, sane con refezioni abbondanti, con programmi razionali di studio.

BARZ.

La prognosi della nefrite nei bambini.

La maggior parte dei pazienti con nefrite acuta guarisce perfettamente: per dichiarare l'assoluta guarigione è però necessario che il bambino viva nel suo ambiente abituale e con dieta normale e che l'esame chimico e microscopico risulti ripetutamente negativo. La prognosi nel tipo essudativo acuto con edema e diminuzione della secrezione urinaria è meno

favorevole che per il tipo acuto emorragico senza edema.

Dalle statistiche di R. F. James (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 19 febbr. 1921) solo il 13 % dei casi acuti passano a cronici. Non vi è nessuna guida specifica per le prognosi nella forma chonica: si debbono usare tutti i metodi di laboratorio e sopra di essi basare la prognosi.

L'A. ritiene che molti pazienti con forme lievi possano guarire: le porzioni di rene ammalato guariscono anche se vi è una considerevole degenerazione, mentre quelle circostanti si ipertrofizzano e sostengono il sopralavoro. Il rene, anatomicamente imperfetto, può funzionare in piena efficenza: accade per esso, come per il cuore in cui la capacità funzionale è più importante che i difetti strutturali: se la reazione del cuore all'esercizio è buona e vi è poca o punta ipertrofia, la prognosi è buona. Analogamente al cuore, un rene ammalato deve essere tenuto in osservazione per un lungo periodo, prima di trarne le conclusioni, ed è sorprendente il vedere come il rene possa rimettersi ed, almeno in apparenza, guarire.

Per assicurare una buona prognosi, è importante curare tutti i focolai infettivi (tonsille, denti cariati, otite media) che agiscono da serbatoi di virus, il quale viene poi eliminato per il rene.

fil.

Sulla vaccinoterapia nei bambini.

Secondo Ombredanne (*Soc. de chirurgie* e *Presse méd.* 5 marzo 1921) i risultati che si ottengono con la vaccinoterapia nel bambino differiscono alquanto da quelli che si hanno nell'adulto. In linea generale le reazioni locali sono assenti o molto attenuate; solo qualche volta si ha orticaria od eruzione scarlattiniforme.

I risultati generali dipendono dalla natura dell'infezione: sono eccellenti nelle infezioni cutanee e sottocutanee; erisipela, foruncolo, ferite infette, adeniti ed adeno-flemmoni, che l'A. non incide più; l'impetigo però non subisce alcuna modificazione.

Buoni sono pure nelle periostiti d'origine dentaria e nelle mammiti del neonato, in cui si può vedere l'ascesso già pronto ad aprirsi. retrocedere invece gradatamente.

Meno favorevoli sono invece i risultati nelle mastoiditi, in cui però la vaccinoterapia postoperatoria può agire sull'evoluzione ulteriore. Nelle appendiciti il vaccino agisce probabilmente sugli ascessi della parete, ma non sulle reazioni peritoneali: infine nelle osteomieliti i risultati sono quasi nulli.

Gregoire invece (*Ibidem*) ritiene troppo assoluta quest'ultima conclusione e ricorda i successi da lui ottenuti con la vaccinoterapia sulle osteomieliti infantili.

fil.

Il benzoato di benzile nella pratica pediatrica.

J. Rurāh (*Am. Journ. of med. sciences* e *Med. Record*, 26 febbr. 1921) partendo dalle osservazioni di Macht, il quale ha trovato che il benzoato di benzile è assai utile per inibire la peristalsi e per rilasciare lo spasmo dei muscoli lisci, ritiene tale sostanza assai indicata nel combattere le manifestazioni spasmofile, sì frequenti nei bambini. Egli ne ha trovato assai giovamento nell'asma bronchiale, bronchite spasmodica, colica gastro-intestinale, singhiozzo e costipazione spasmodica; da altri invece il rimedio è stato raccomandato contro la peristalsi eccessiva. Nella pertosse la sua azione è spesso benefica, ma i risultati sono incerti, come accade generalmente per gli antispasmodici in tale malattia.

In complesso, si può ritenere che i fenomeni convulsivi non dipendenti da lesione organica del sistema nervoso centrale, specialmente nei neonati, ritrarranno vantaggi dall'uso di tale droga, la quale ha anche il vantaggio di non essere tossica: è però poco gradevole a prendersi.

fil.

IGIENE.

La disinfezione degli sputi tubercolari.

Il metodo più sicuro è certamente la bollitura od il vapore; ad esso però non si può ricorrere agevolmente nelle case private; presenta inoltre l'inconveniente che le sputacchiere vanno così sottoposte a rompersi, ciò che è un danno economico non lieve.

È quindi desiderabile avere a portata di mano un agente chimico che sia sicuramente efficace. Uhlenluth, Xylander ed altri hanno proposto da parecchio tempo l'antiformina, la quale però, per ossidazioni, precipitazioni od altri processi chimici rimane inattiva.

P. Uhlenluth, K. W. Jötten, E. Hailer (*Medizinische Klinik*, 6 marzo 1921) hanno fatto studi con preparati a base di lisolo, o surrogati. Gli alcali (soda, potassa) per sè stessi, anche a concentrazioni del 20 %, non uccidono il bacillo tubercolare. Invece con lisolo e cresoli preparati con alcali (2-6 %) e cresoli (50-65 %), si sono ottenuti buoni effetti.

Il lisolo ed il cresolo saponato sono preparati, portando in soluzione il cresolo greggio, proveniente dalla distillazione del catrame, mediante sapone; durante la guerra, per la mancanza di grassi, in Germania, si sono pre-

parati dei surrogati a base di cresolo mescolato con sostanze emulsionabili, sicchè può ottenersi la miscela in acqua. (*N. d. redat.*).

Gli AA. hanno fatto preparare le miscele, con le accennate proporzioni di alcali e di cresóli, ma senza grassi, ed hanno osservato che con una soluzione al 5 % si ottiene in quattro ore la disinfezione sicura dello sputo tubercolare. In tali preparati, l'alcali si trova legato al cresolo in uno stato che si scinde facilmente; dallo sputo, che è di reazione anfotera od acida, viene legato l'alcali, sicchè il cresolo, messo in libertà, agisce sul bacillo tubercolare. L'azione è più rapida aumentando la temperatura. Bisogna evitare in questi preparati un contenuto troppo elevato in alcali, che non deve essere superiore al 5-7 %, altrimenti ne rimarrebbe una quantità eccessiva, ancora unita al cresolo, e quindi il potere disinfettante ne verrebbe diminuito.

Affatto inefficace è il lisoformio al 5-10 %; poco sicuri sono il cresolo ordinario ed il sublimato al 5 ‰. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1327) *Cura dell'encefalite epidemica.* — Al dott. M. Merighi, Castelleone:

Dopo tentativi innumerevoli, diretti in tutti i sensi, allo stato attuale delle conoscenze, si può dire *che non possediamo una cura specifica dell'encefalite epidemica.*

Sono stati vantati medicamenti (l'urotropina, p. es.), la sieroterapia con siero di convalescenti, la provocazione di ascessi di fissazione ecc.; ma nella pratica tali mezzi si sono dimostrati insufficienti.

Anche alcune terapie sintomatiche, non esclusa quella recentissima del cacodilato ad alte dosi e del bromidrato di cicutina per le forme con mioclonie e spasmi, nelle nostre mani han dato risultati negativi.

Nel trattamento degli encefalitici le risorse terapeutiche devono per ora limitarsi ai mezzi medicamentosi e fisici utili a lenire le sofferenze, a combattere i sintomi pericolosi.

t. p.

(1328) *Cura dell'obesità.* — All'abb. n. 4842: Non possiamo indicare norme rigide e generali nella cura degli obesi. Per l'obesità, come per quasi tutte le malattie, la cura non può che essere individuale e deve tener conto caso per caso della etiopatogenesi e delle condizioni particolari degli organi, sopratutto dello stato del cuore. D'altra parte ogni buon libro di malattie del ricambio contiene quelle norme, che sarebbe superfluo ripetere in questa rubrica.

Più volte noi abbiamo consigliato il recente volume dell'Umber sulle malattie del ricambio, edito dalla Società Tip.-Editrice Torinese.

t. p.

(1329) All'abb. n. 2704:

Possiamo consigliare:

Malattie veneree, nel trattato di Medicina e Terapia di BROUARDEL e GILBERT. — Unione Tipogr.-Editrice Torinese.

BERDOL: *Trattato pratico di malattie veneree,* tradotto dal prof. I. Simonetti. — Vallardi, ed.

LACAPÈRE: *Le traitement de la syphilis par les composés arsénicaux.* — Editore Masson, Parigi, 1920. V. M.

(1330) All'abb. n. 66:

Non esiste un'edizione completa e recente della dottrina relativa alla scuola salernitana. Potrà ad ogni modo trovare quanto desidera in:

— *Scola Salernitana, per acquistare e custodire la sanità,* tradotta fedelmente dal verso latino, ecc. — Venetia, Brogiollo, 1630.

— *L'art de conserver sa santé,* composé par l'École de Salerne. — Paris, 1766.

— G. BÉCAVIN. *L'Ecole de Salerne et les Médecins Salernitains.* — Paris, 1888.

— L. W. LIERSCH. *Die Schule von Salerno.* — Leipzig, 1902.

— REMILLY. *Flos medicinae scholae Salerni, ou de la médecine à Salerne au XIIe siècle.* — Versailles, 1861. *g. b.*

(1331) *Nelle uretriti croniche anteriori.* — All'abb. n. 8928:

Nelle uretriti croniche anteriori con infiltrati cicatriziali crediamo utile la *pressione* esercitata con il passaggio di sonde a calibro elevato ed associate ad irrigazioni di permanganato di potassio, alle quali si fa seguire l'iniezione uretrale di un sale di chinina (cloridrato all'1 % in soluzione acquosa, oppure:

Solfato di chinina gr. uno
Acido solforico g. 4, p. s.
Acqua distillata gr. settantacinque
Glicerina pura neutra gr. venticinque.

V. MONTESANO.

(1332) Al dott. I. F. da N.:

Possiamo consigliare:

WRAÇEK e JESIONEK. *Atlante di malattie cutanee.* Società ed. libraria, Milano.

JACOBI-ZIELER. *Atlante di malattie cutanee,* di cui si è pubblicata recentemente la VII edizione tedesca (Urban e Schwarzenberg, Berlino-Vienna, 1920) e di cui esiste anche una traduzione italiana di alcuni anni or sono (Vallardi). V. M.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DIBATTITI PROFESSIONALI.

Per i concorsi a posti di Medico condotto.

In merito a quanto abbiamo pubblicato su questo argomento nei fascicoli 13 (pag. 457) e 17 (pagina 604), riceviamo:

La nomina dei Medici Chirurghi condotti è oggi disciplinata dall'art. 4 della legge 25 febbraio 1904, n. 57, che è poi l'art. 30 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, e dagli art. 26, 27 e seg. del regolamento 19 luglio 1906, n. 466 per l'esecuzione della legge 25 febbraio 1904, n. 57.

Il non ottemperare a quanto è voluto dalle leggi e dal regolamento citati, appositamente promulgati per la classe sanitaria, equivale, per i concorrenti a posti di Medico condotto, a mettersi nelle condizioni di venire esclusi dai concorsi.

Agli effetti dell'art. 27 del regolamento, tra i documenti di rito dovranno sempre figurare in ogni singolo concorso: il certificato di nascita, il certificato di sana costituzione fisica, il certificato di cittadinanza italiana, il certificato di buona condotta del sindaco dell'ultimo Comune o del Comune di nascita non anteriore a sei mesi, il certificato penale non anteriore a sei mesi, tutti debitamente legalizzati, nonchè il Diploma originale di Laurea in Medicina e Chirurgia o la copia notarile di questo debitamente legalizzata.

In tema di concorsi a posti di Medico Chirurgo Condotto le Commissioni giudicatrici dei titoli devono applicare le leggi sanitarie ed il relativo regolamento; non possono applicare articoli del regolamento per l'esecuzione della legge comunale e provinciale che vengano ad alterare quanto specificatamente dispongono le leggi ed il regolamento sanitario nella loro applicazione.

In forza quindi dell'art. 27 del regolamento sanitario dette commissioni non possono ammettere la presentazione del solo elenco dei documenti di rito, come viene fatto da qualche concorrente; il quale intende, ciò facendo, di avvalersi di quanto dispone l'art. 96 del regolamento per l'esecuzione della legge comunale e provinciale

Questo articolo, che vale per gli impiegati comunali, può valere anche per i Medici titolari di Condotta (impiegati di ruolo), ma per questi soltanto per i documenti di merito e di carriera.

Codroipo, 15 aprile 1921.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Udine
Dott. GIUSEPPE CHIESA.

Premetto che non ho pretesa di citare Codici nè articoli di regolamento: mi limito a qualche semplice osservazione:

1° Gli interessi di classe non possono essere solo considerati in rapporto a confronti di altre categorie di professionisti, ma in riguardo agli stessi elementi della classe. Mi spiego: l'interesse del medico non può essere valutato solo in rapporto, ad es., dell'ingegnere, del segretario, dello scritturale comunale; esso deve anche costituire vera e propria tutela e dignità di ogni singolo medico: tanto è vero, questo, che il concorso non avviene fra medico ed altro concorrente ad impiego comunale, ma fra medico e medico.

2° Se è vero che nella maggioranza dei casi nei concorsi municipali si sono presentati i certificati di servizi compiuti in pubbliche amministrazioni, è pur vero, d'altra parte, che molti medici, e specie i più giovani, possono trovarsi in condizioni di non aver che documenti ospedalieri o semplici pubblicazioni. Quanto poi al giudizio che la Commissione su di essi sarà in grado di dare, nulla, mi sembra, potrà uguagliare la conoscenza diretta, attraverso letture degli stessi documenti. Chi potrebbe, infatti, formulare un giudizio su un lavoro al semplice suo titolo? Nè mi sembra opportuno che la presentazione degli originali debba solo esser lasciata al desiderio della Commissione, perchè, forse, questa non lo farebbe che in peculiari contingenze di favoritismo o di ardimentose e quanto mai rare reazioni a tentativi di favoritismi.

3° La presentazione dei documenti non impedisce ai medici di prender parte, contemporaneamente, a più concorsi, giacchè i concorrenti possono procurarsi più esemplari delle pubblicazioni e sufficiente numero di copie notarili dei loro attestati più importanti.

4° Ciò posto è dubbio se si possa parlare di atto *antiliberale;* tutt'al più si potrà incontrare qualche maggiore spesa per la stampa e per il notaro: ma quanta maggiore esplicazione di serietà ed eventualità di giustizia!

5° Non so se l'applicazione dell'espediente suggerito dal collega dott. Justitia abbia incontrato dissenzienti le Commissioni giudicatrici: vorrei sapere, però, se nessun concorrente ha mai sentito, almeno in seno suo, il dubbio che nella scelta non vi siano state inevitabili o involontarie ingiustizie.

Nessuno, infatti, potrà mai affermare che tutti i certificati di servizio, o tutte le possibili pubblicazioni siano, per un concorso, da valutare alla stessa stregua. In ogni modo su quale criterio dovrebbero le Commissioni giudicatrici basarsi per la scelta del candidato? Sul numero dei documenti, sul titolo dei lavori o piuttosto sulla firma dei signatari degli attestati?

Tripoli, 10 aprile 1921.

Dott. D. A. MAZZOLANI, abb. n. 12431.

In risposta alle osservazioni precedenti.

Non sarebbe più il caso di interloquire sulla formalità dei pubblici concorsi essendo già stato ed esaurientemente trattato l'importante argomento se non ritenessimo doveroso presentare alcune osservazioni ai dott. Mazzolani e Chiesa, estensori dei due surriportati comunicati.

Al dott. Mazzolani facciamo osservare che nessuno ha mai contestato al concorrente il diritto di presentare in originale i propri documenti scientifici e di carriera, alle singole **Commissioni giudicatrici.**

Il caso di cui ci siamo altrove occupati è ben diverso.

Si tratta di un individuo che, possedendo i suoi titoli in unico esemplare, intende prendere parte a due o più concorsi aperti contemporaneamente.

Come si deve regolare costui per non perdere la favorevole occasione?

O deve spendere forti somme per far la copia autentica dei titoli, che possono pur consistere in voluminose pubblicazioni, ovvero astenersi dal concorrere in più di un posto.

Ad evitare il danno economico nella prima ipotesi ed il danno morale nella seconda, si segue l'espediente dello elenco, mandando alle singole Commissioni giudicatrici la facoltà di chiedere la produzione dell'originale che detiene il concorrente. Che ciò possa servire per celare o nascondere favoritismi od abusi, non è possibile, avendo finora le varie Commissioni giudicatrici dato prova di alto ed encomiabile senso di rettitudine e di giustizia.

In quanto alle osservazioni fatte dal dott. Chiesa ci limitiamo a riportarci a quanto scrivemmo a pag. 459 del «Policlinico», Sezione Pratica, n. 13, anno corrente, ove è detto: «Si intende che i *documenti di rito* devono essere presentati in originale ad ogni Commissione per accertarne la data e che la laurea originale può essere sostituita dalla copia autentica notarile».

Il predetto dottore conclude il suo comunicato col dire: Questo articolo (il 96 del Regolamento comunale) che vale per gli impiegati comunali, può valere anche per i Medici titolari di condotta (impiegati di ruolo), ma per questi soltanto *per i documenti di merito e di carriera*.

Come si vede, fra ciò che afferma il dott. Chiesa e ciò che noi dicevamo nel succitato numero del «Policlinico» non vi è discrepanza di sorta.

Doctor JUSTITIA.

A proposito di corsi di perfezionamento.

Riceviamo:

Milano, 21 aprile 1921.

Chiarissimo Signore,

Leggo solamente ora quanto fu pubblicato nel *Policlinico* del 3 gennaio u. s. a proposito dei corsi di perfezionamento in medicina istituiti in Italia, e laddove si accenna a questi Istituti di Milano è detto che essi sono falliti allo scopo perchè comprendono due sole Cliniche (del Lavoro e Ginecologica).

Per amore di verità prego la S. V. Chiarissima di pubblicare nel suo diffuso periodico che gli insegnamenti che qui si impartiscono ufficialmente e stabilmente sono i seguenti: Clinica ostetrico-ginecologica (prof. Mangiagalli, ordinario); Clinica delle malattie professionali (prof. Devoto, ordinario); Anatomia clinica medico-chirurgica (professor Livini, ordinario); Clinica ortopedica (professor Galeazzi, ordinario); Clinica traumatologica (prof. Rossi, ordinario); Odontoiatria e protesi dentale (prof. Fasoli, straordinario stabile); Clinica pediatrica (prof. Cattaneo, incaricato); Igiene pubblica e igiene del lavoro (prof. Bertarelli, ordinario e qui incaricato); Clinica delle malattie epidemico-contagiose (prof. Polverini, incaricato); Fisiologia e patologia delle infezioni (prof. Belfanti, incaricato); Clinica neuropatologica (professor Medea, incaricato); Clinica dermosifilopatica (prof. Pasini, incaricato); Radiologia medica (professore Perussia, incaricato); Clinica dentale e peridentale (prof. Rovida, incaricato); Ortopedia dento-facciale (prof. Arlotta, incaricato).

Nell'anno accademico 1919-920 si inscrissero ai corsi ufficiali n. 151 Medici, dei quali n. 65 conseguirono il diploma di perfezionamento nelle diverse specialità. Altri 130 Medici si inscrissero a corsi speciali e accelerati tenuti durante il suddetto anno.

Per l'anno accademico corrente abbiamo inscritti ai corsi ufficiali n. 148 Medici.

Con ossequio

Il Decano:
Prof. L. MANGIAGALLI.

Quale autore dell'articolo a cui il sen. Mangiagalli si riferisce, mi sia consentito di dichiarare che non avevo avuto la più lontana intenzione di disconoscere o diminuire l'importanza dei magnifici Istituti, di cui mercè la volontà e la tenacia del Magiagalli s'è arricchita la metropoli lombarda.

Nel desiderio di vederne accresciuto il rendimento, avevo voluto incitare a fare ancora di più.

Non credo che il richiamo sia stato inopportuno. Se non altro, sarà valso a provocare la lettera sopra riportata, a far rivolgere l'attenzione del corpo medico sull'organizzazione degli Istituti clinici di Milano, sul loro effettivo valore, sulle benemerenze che loro spettano e che, ne siamo convinti, aumenteranno nell'avvenire.

L. VERNEY.

Cronaca del movimento professionale.

Sulla istituzione d'un Ministero della Sanità.

Il «Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli» ha indetto un *referendum* circa l'istituzione del Ministero della Sanità, in base al seguente questionario: 1) È necessaria la istituzione del Ministero di Sanità in Italia? 2) Per quali ragioni? 3) Come dovrebbe essere costituito ed organizzato il nuovo Ministero?

Dirigere le soluzioni alla Redazione del «Bollettino dell'Ordine dei Medici» (Napoli, via Depretis, 31) la quale pubblicherà le risposte ricevute dai signori Colleghi.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli.

In seguito alle dimissioni presentate irrevocabilmente dal Consiglio dell'Ordine, degnamente presieduto dal prof. Enrico Sava, altamente benemerito della classe, si è proceduto il 10 aprile alle elezioni del nuovo Consiglio, che è risultato costituito come segue: dott. Francesco Bifulco, prof. Giovanni Castronuovo, prof. Arturo de Amicis, prof. Michele Jungano, dott. Pasquale Muscogiu-

ri, prof. Michele Sciuti e dott. Francesco Valerio.

Nella prima seduta è stato nominato Presidente il prof. Giovanni Castronuovo e Segretario il professore Arturo de Amicis. Nella carica di Tesoriere è stato confermato il dott. Eduardo Caloè, ed in quella di Redattore del Bollettino il dott. Alberto Botti.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra - Servizio Assistenza Malarici - ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera di assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, i seguenti premi, riservandosi di provvedere alle altre a mano a mano che giungeranno i rapporti e le proposte dei rispettivi Comitati provinciali:

5. Provincia di *Palermo*: Dott. Carapelle Edoardo, del Comune di Palermo, L. 1215 - Dott. Gerlando Bruno, del Comune di Alimena, L. 100 — Dott. Randazzo Vincenzo, del Comune di Altavilla, L. 140 — Dott. Tirrito Guglielmo, del Comune di Bagheria, L. 100 — Dott. Giambelluca Giuseppe, del Comune di Belmonte Mezzagno, L. 100 — Dottor Giaccamo Benedetto, del Comune di Bisacquino, L. 110 — Dott. Gangi Giuseppe, del Comune di Bompietro, L. 100 — Dott. Celano Giorgio, del Comune di Taccamo, L. 100 — Dott. Campo Salvatore, del Comune di Caltavuturo, L. 100 — Dottor Troia Galogero, del Comune di Capaci, L. 100 — Dott. Mastranga Giuseppe, del Comune di Carini, L. 145 — Dott. Russo Salvatore, del Comune di Casteldaccio, L. 100 — Dott. Bonafede Eugenio, del Comune di Cefalù, L. 100 — Dott. Lopresti Gabriele, del Comune di Cerda, L. 100 — Dott. Bartolotta Stefano, del Comune di Collesano, L. 100 — Dott. Bentivegna Filippo, del Comune di Corleone, L. 270 — Dott. Maggio Oreste, del Comune di Ficarazzi, L. 100 — Dott. Ciuro Giovanni, del Comune di Gangi, L. 190 — Dottor Maranti Giuseppe, del Comune di Gratteri, L. 100 — Dott. Celsi Gaetano, del Comune di Isnello, L. 100 — Dott. Orlando Gioacchinò, del Comune di Lercara, L. 170 — Dott. Ortoleva Francesco, del Comune di Marineo, L. 135 — Dottor Buccola Luca, del Comune di Mezzaniso, L. 240 — Dott. Guastella Filippo, del Comune di Misilmeri, L. 155 — Dott. Presti Donato Filippo, del Comune di Monreale, L. 135 — Dott. Sammartini Francesco, del Comune di Montelepre, L. 100 — Dott. Pace Francesco, del Comune di Montemaggiore, L. 185 — Dott. Savoca Vincenzo, del Comune di Palazzo Adriano, L. 100 — Dott. Urso Cosimo, del Comune di Parco, L. 100 — Dott. Di Maggio Gaspare, del Comune di Partinico, L. 150 — Dott. Sabatino Calogero, del Comune di Petralia Sottana, L. 100 — Dott. Cracolici Antonino, del Comune di Roccamena, L. 100 — Dottor Rizzo Pietro, del Comune di Roccapalumba, L. 100 — Dott. Belli Francesco, del Comune di S. Giuseppe Jato, L. 150 — Dott. Oliva Giacobino, del Comune di Torretta, L. 100 — Dott. Randaccio Mario, del Comune di Ustica, L. 100 — Dottor Leone Giovanni, del Comune di Valledolmo, L. 100 — Dott. Brancato Leonardo, del Comune di Ventimiglia, L. 100 — Dott. Cafarella Lorenzo, del Comune di Vicari, L. 270.

6. Provincia di *Arezzo*: Dott. cav. Antonio Donati, del Comune di Castiglion Fioretino, L. 300 — Dott. Ferruccio Bindi, del Comune di Poppi e Ortignano, L. 300 — Dott. Giovanni Lusardi, del Comune di S Savino, L. 300 — Dott. Edoardo Ferranti, del Comune di Cortona, L. 300 — Dott. Gino Castelli, del Comune di S. Giovanni Valdarno, L. 300.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8802) *Inscrizione all'Albo dei medici.* — Dottor G. I. da T. — Anche durante il servizio militare è seguitata la inscrizione all'Albo dei medici della Provincia e si è, quindi, obbligati a pagare il relativo contributo.

(8803) *Sdoppiamento di condotta - Diritto dell'unico concorrente.* — Dott. A. V. da S. S. B. — Ella ha pienamente ragione. Lo sdoppiamento della condotta, ordinato in tempo posteriore, non può inficiare e rendere di nessun effetto il concorso da Lei brillantemente superato con il massimo dei voti. Si dovrà bandire il nuovo concorso solamente per nominare il secondo collega, non per Lei, che ha in suo favore uno stato di diritto, che non può essere disconosciuto. I nuovi stipendii, fissati nell'organico, si applicano ai titolari e non già agli interini.

(8804) *Concorso - Graduatoria dei concorrenti.* — Dott. S. N. da C. — A parità di merito il servizio comunale anteriormente prestato vale come ultimo titolo di preferenza, ma non vi si attribuisce valore determinato in punti o in frazioni di punti. Il servizio militare, nelle medesime condizioni, è anche un titolo di preferenza. Non è lecito trasferire un medico da un Comune ad un altro, senza concorso. Ritirandosi per motivi di famiglia dopo 18 anni di servizio, non si ha diritto nè a pensione, nè ad indennità.

(8806) *Infortunio - Assicurazione.* — Dott. M. S. da C. — L'Istituto assicuratore ha ragione. Ella non figura inscritto, ma vi figura tuttora il collega, che la precedette nel Comune; non può, quindi, rivolgersi all'Istituto per essere indennizzato dell'infortunio occorsole. Ella dovrà essere, però, indennizzato dal Comune, che trascurò di fare a tempo debito la prescritta voltura della assicurazione nei registri dell'Istituto assicuratore.

(8807) *Infortunii industriali - Cura medica e chirurgica.* — Dott. G. L. da M. U. — L'infortunato deve farsi curare dal medico condotto se non vuole pagare la prestazione perchè inscritto nello elenco dei poveri. Se è in possibilità di pagare, può rivolgersi ad uno qualsiasi dei medici esercenti. I certificati comprovanti la continuazione della inabilità al lavoro debbono essere forzosamente rilasciati dal medico condotto o dall'ufficiale sanitario. Le spese che sono rimborsate ai detti funzionarii sono: 1) Biglietto di seconda classe in ferrovia; 2) Lire due per il primo certificato; 3) Cent. 50 per ogni successivo certificato; 4) L. 2 per l'ultimo certificato. Le prestazioni per le prime cure sono pagate a norma delle tariffe consuetudinarie in vigore.

(8808) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. E. Z. da C. — Per gli infortunii che capitano a persone non inscritte nello elenco dei poveri si ha diritto a compenso per la cura. La relativa spesa deve essere sostenuta da lui o dalla sua famiglia.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

AREZZO. — *Spedali Riuniti di S. Maria Sopra i Ponti*. — Alle ore 12 del 31 maggio; assistente chirurgo: L. 4000, emolumenti accessorii, c.-v. Nomina biennale. Conferma non oltre il 55° anno di età. Chiedere annunzio.

CAMPOFIORITO (*Palermo*). — L. 8000 pei pov.; caro-viv.; L. 500 quale uff. san. Scad. 10 mag.

CASANOVA (*Novara*). — Consorzio; L. 4000 oltre L. 4000 pei poveri in più di 300, L. 500 per mezzo trasp. e L. 500 per uff. san. Alloggio. Scad. 10 mag.

CHIRIGNAGO (*Venezia*). — L. 6000 fino a 500 fam. povere; L. 5 ogni fam. in più; L. 800 zona malar.; L. 1800 trasp.; L. 600 uff. san.; L. 100 trasf.; quinquenni del dec.; caro-viv. Scad. 10 mag.

COLLESALVETTI (*Pisa*). — 5ª condotta, a tutto il 10 mag.; L. 6000 e quadrienni del decimo fino a L. 3000; per cav. L. 2000, per disag. resid., L. 500; caro-viv. Servizio entro il perentorio termine che verrà assegnato dalla partecipazione di nomina.

GIMIGLIANO (*Catanzaro*). Due condotte p. pov.; L. 8000; per ogni famiglia in più di 300, L. 10. Scad 16 mag.

LISSONE (*Milano*). — 1ª Condotta; L. 6000; indennità variabile, L. 1500. Scad. 15 maggio.

MONASTIER DI TREVISO. — L. 6000 fino a 1000 poveri; L. 2 per ogni povero in più; mezzi di trasporto L. 1800; uff. san. L. 400; caro-viv.; abitanti 4200 circa. Tutta in pianura, buone strade. Scad. 20 maggio.

MONTELEONE SABINO (*Perugia*). — L. 6000 pei pov.; L. 2000 disag. resid.; L. 1000 condotta povera, non superando gli abbienti 300; L. 300 uff. san.; caro-viv. Scad. 10 mag.

ORIOLO ROMANO (*Roma*). — A tutto 15 maggio, condotta unica; L. 7000 e cinque quadrienni del decimo; per uff. san. L. 300; per la cura degli infermi ricoverati nell'Ospedale Civile L. 2400.

PALAIA (*Pisa*). — Due condotte; L. 6000 oltre lire 2000 per cav. (In corso d'approvaz. aumenti a L. 7000 e 3100). Scad. 10 mag.

PIANO DEL VOGLIO (*Bologna*). — Due condotte residenziali; L. 8000; caro-viv.; L. 1200 per condotta disagiata; L. 3000 mezzo trasp. Scad. 15 mag.

ROCCA DI CAMBIO (*Aquila*). — Condotta e uff. san. Rivolgersi alla Segreteria. Scad. 20 mag.

N. B. — Riscontrare anche i concorsi annunziati nei fascicoli precedenti.

Diffide.

Nuove diffide: Celleno (Roma), Sassocorvaro (Pesaro), Torreano di Cividale (Udine).

Revoca di diffide: Barlassina (Milano), Sutri (Roma), Carpineto (Reggio Em.), Cesate (Milano).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società Berlinese di Microbiologia ha assegnato al prof. Wassermann il premio Aronson di 25,000 marchi. Il premio è stato conferito con cerimonia solenne, alla quale parteciparono le autorità, tenuta nel grande anfiteatro dell'Istituto d'Igiene.

ISTRUZIONE SUPERIORE.

L'insegnamento della clinica medica.

Brani del discorso pronunciato dal Senatore MARAGLIANO *in occasione dell'inaugurazione della nuova Clinica Medica di Pisa.*

Abbiamo attraversato un periodo nel quale a poco a poco in Italia si smarriva la coscienza della missione affidata agli insegnamenti clinici. E mentre via via l'Università Italiana intensificava l'attività sua negli studi nobilissimi rivolti a scrutare i processi biologici nell'intimo loro e vi eccelleva, si accentuò una certa tendenza a sminuire il valore della clinica, ed a disconoscere la necessità di fornire ad essa larghi mezzi di osservazione. Si riteneva non indispensabile che dalle Università uscissero giovani bene addestrati alla conoscenza dell'uomo infermo, dimenticando così che da noi la laurea ha finalità nettamente professionali, perchè per essa chi la consegue si ritiene appunto abilitato all'esercizio della medicina. Questa tendenza oggi è ormai condannata, causa la non lieta esperienza fattane, ed oggi da ogni parte del Paese si levano voci insistenti che, come per le altre branche di studi applicati, chiedono all'Università anche per la medicina giovani saldamente preparati alle esigenze professionali.

Pochi sanno quanto costi al Maestro raggiungere un risultato siffatto. Perchè a raggiungerlo si richiede opera tenace e paziente nello studio dei singoli infermi e nel guidare i giovani a comprenderli. Non è l'usata lezione accademica, non è ricerca metodica sopra un unico tema prefisso in cui lo scienziato concentra la propria attività in un laboratorio o nel silenzio della sua biblioteca, ma è un lavorio mentale intenso rivolto di letto in letto a sciogliere, uno dopo l'altro, problemi diversi e disparati, a fare appello, per scioglierli, a tutti i postulati delle scienze biologiche e delle ausiliarie, agli svariati accorgimenti tecnici, ai risultati della esperienza propria ed altrui. E sono problemi che, da soggetto a soggetto, si presentano con disparate parvenze, che richiedono spesso lì per lì una soluzione immediata da cui può dipendere la vita di un uomo, una speciale agilità di mente per illustrarli ad intelligenza dei discepoli onde metterli in grado di affrontarli quando, usciti dalla scuola, si troveranno innanzi a qualcuno di essi. Ed è solo alla stregua d'un lavorio così complesso che si formano medici convenientemente preparati all'esercizio. Se a tutto questo si riflettesse, si riconoscerebbe che l'insegnamento clinico è il più gravoso di quanti ne sono professati nell'ambiente universitario.

Quello della clinica è insegnamento essenzialmente scientifico quanto qualsiasi altro, insegnamento in cui non solo una branca dello scibile, ma più branche dello scibile il più puro concorrono e lo innalzano alle più alte sommità del sapere. Che se nell'applicazione delle complesse conquiste scientifiche, allo studio ed alla cura delle infermità umane concorre qualche cosa di artistico, questo non ne muta l'essenza sua, amo ripeterlo, altamente scientifica, ma la completa e la sublima, perchè utilizza la scienza per la difesa della vita umana: la più nobile delle finalità cui la scienza possa aspirare.

MEDICINA SOCIALE.

Associazione Nazionale Italiana tra infermiere.

L'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere, eretta in Ente morale, posta sotto l'Alto Patronato di S. M. la Regina, con sede a Roma (via Palestro, 60), è sorta per unire in un fascio tutte le Infermiere Italiane, sia Volontarie che Professionali, e tutte le persone che negli ospedali durante la guerra ebbero campo di apprezzare l'urgente necessità di portare il servizio d'assistenza degli infermi all'altezza voluta dai moderni concetti di umanità e di tecnica sanitaria, affinchè le belle energie rivelatesi nell'assistenza dei nostri soldati feriti non vadano disperse, ma abbiano modo di contribuire a quell'opera di bene e di progresso che è la riforma dell'assistenza infermiera.

A questo scopo l'Associazione Nazionale cura la propaganda, promuove l'istituzione di Scuole di Infermiere e di conferenze e corsi di perfezionamento; procura di indirizzare alla nobile professione le giovani colte, istruite e dotate di vero senso di dedizione; pubblica un organo proprio il quale serve per lo scambio d'idee fra le infermiere stesse e fra quanti s'interessano dell'assistenza degli infermi.

L'Associazione inoltre offre alle Socie Infermiere diplomate i servizi del Mutuo Soccorso e della Previdenza e funge per loro da ufficio di collocamento ed assistenza. Si occupa di organizzare servizi di Infermiere Ospitaliere diplomate per la migliore assistenza del povero negli Ospedali e di Infermiere Visitatrici per l'assistenza all'infermo povero a domicilio, per la lotta contro la tubercolosi, contro la mortalità infantile e contro le malattie del lavoro.

Favorisce cordiali rapporti fra i corpi di Infermiere Volontarie e Professionali, e fra tutti gli Enti od Associazioni che al progresso dell'assistenza infermiera possono contribuire, e non tralascia alcuna azione atta a favorire la formazione della coscienza igienica fra il nostro popolo.

***

La Sezione Lombarda, con sede a Milano (via Sala, 98), si è fatta promotrice di una Scuola per infermiere, la quale è stata consacrata da una cerimonia tenuta presso gl'Istituti Clinici di Perfezionamento.

Riportiamo le parole augurali pronunziate dal sen. Mangiagalli, alla presenza di un eletto stuolo di benemerite signore, d'inscritte ai corsi e di autorevoli sanitari.

« Sono lieto di dare a voi, signore che avete promosso ed iniziato l'opera santa, ed a voi, gentili uditrici che vi apprestate a farvi apostoli dell'idea, il mio cordiale saluto, in nome degli Istituti Clinici, che sono orgogliosi di essere stati prescelti a consacrare in certo qual modo scientificamente l'opera vostra coll'accoglierví oggi, docenti ed allieve, in questa solennità inaugurale.

Le Assistenti Sanitarie o infermiere visitatrici porteranno fra il popolo la loro attività, ricercheranno nelle case, nelle famiglie le cause del male per poterlo meglio combattere, si sforzeranno, per mezzo di insegnamenti pratici di igiene e di profilassi, di evitare la diffusione delle malattie, saranno alleate preziose dei medici nell'assistenza e nella cura degli ammalati.

Le infermiere, conscie di assumere còmpiti delicati ed importanti, devono avere una istruzione e una educazione corrispondenti. Ed io non posso oggi ricordare che con profonda commozione il nome di Adelina De Marchi la quale volle con regale contributo fondare un ospedale che servisse specialmente ad educare infermiere professioniste. Pur troppo, chiamato il personale medico al fronte, aumentato del decuplo le spese di esercizio, durante la guerra questo ha dovuto chiudersi nè potè riaprirsi a pace fatta, continuando le stesse condizioni di disagio. Cadono, muoiono le istituzioni, ma le idee generose sono eterne, sono una fiaccola sempre accesa di viva fede che passa di mano in mano e non si spegne mai. Alla Croce Rossa spetta l'alto merito di avere saputo in poco tempo preparare una legione di infermiere volontarie, che diedero luminosa prova di coraggio, di tenacia, di sacrificio. Scuole per assistenti Sanitarie sono già sorte in Roma e in Firenze (della Croce Rossa), in Genova (della Lega antitubercolare), altre scuole sorgeranno presto a Bologna e Torino, per opera di Comitati privati, mentre per felice iniziativa ed opera dell'Associazione Nazionale Infermiere sorge e s'inaugura oggi quella di Milano.

Vi si insegneranno specialmente le materie che hanno importanza medica e sociale ad un tempo per la tutela dei bambini e della maternità, per una efficace protezione morale, per la lotta contro la tubercolosi, la sifilide, l'alcoolismo.

Ma di ciò vi parlerà meglio ed estesamente chi ha l'onore di presiedere l'istituzione e di dirigere la scuola.

Io mi limito all'augurio che l'istituzione abbia vita fiorente. Ma più che augurio la mia parola suona certezza. Dov'è la donna ivi è la vittoria.

Non ricordiamo noi tutti quale mirabile prova ha dato la donna italiana durante la guerra in tutte le opere di assistenza civile, di assistenza sanitaria, di previdenza sociale?

Ciò che donna vuole Dio lo vuole perchè nel suo infallibile istinto, nel suo profondo amore di bene, nel suo generoso spirito di sacrificio la donna sa sempre trovare la via del successo in ogni opera di bene. Ed il successo, ne sono certo, arriderà alla istituzione.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

ORTALI CESARE. *La Blenorragia dei canali parauretrali.* — Milano, 1920.

CONTI VICTORIO. *Las quemaduras y su tratamiento actual.* — Buenos Ayres, E. Spinelli, 1920.

La Faculté de Médecine de Paris. — Paris, Masson et C., 1919-1920.

PORRINI C. *Un'epidemia di colera osservata in un ospedale da campo.* — Chiavari, L. Colombo, 1920.

TIERI A. D. *L'oftalmia simpatica nella pratica civile e militare.* — Napoli, A. Tocco, 1920.

CONDORELLI LUIGI. *Trichoblastomycosis axillaris.* — Roma, Stab. Poligrafico, 1920.

Le onoranze al Prof. Queirolo e l'inaugurazione dell'Istituto di Clinica Medica di Pisa.

Il 19 aprile, alla presenza delle autorità, di numerosi ed illustri scienziati convenuti da ogni parte d'Italia, di colleghi, di ammiratori, di studenti, ebbe luogo a Pisa la solenne inaugurazione del nuovo Istituto di Clinica Medica e, nell'occasione, vennero tributate cordiali onoranze al sen. prof. G. B. Queirolo. Notati tra gl'intervenuti alla cerimonia il sen. Maragliano, i proff. Ascoli di Roma, Schupfer di Firenze, Devoto di Milano, il sindaco, il vice-prefetto, il sen. Supino, l'on. Toscanelli, il gen. Resio, il card. Maffi, ecc., ecc.; numerose le Signore. Innumerevoli pervennero le adesioni, tra cui quella augusta di S. M. il Re.

Prende per primo la parola il Rettore magnifico prof. Pinzani.

«Tocca a me — egli dice — il gradito incarico di portare il saluto e di porgere una parola di ringraziamento alle alte Dignità, alle Autorità cittadine, ai Colleghi ed a tutti quelli che, accogliendo l'invito, o sono personalmente convenuti a questa festa della scienza e dell'insegnamento, od hanno mandato la loro adesione ed hanno voluto farsi rappresentare. A me tocca pure l'alto onore di dichiarare solennemente aperto all'insegnamento della Clinica Medica questo edifizio, che, sorto con fondi elargiti dal R. Governo, dai RR. Spedali di Santa Chiara, dal Consorzio Universitario e dalla locale Cassa di Risparmio, oggi può dirsi ultimato e reso atto al fine al quale è devoluto.

«Credo di non esagerare affermando che pochi istituti di Clinica Medica, in Italia e fuori, eguaglino questo. E tutto ciò è dovuto alla mente ideatrice e direttrice e all'opera lunga e tenace di un illustre Clinico, che ha voluto dedicare a questo Istituto tutto il suo zelo, la sua attività, la sua alta influenza ed ha infuso ad esso tutto l'animo suo. In questo istituto, tal quale vi si presenta, voi trovate impresso, come in un monumento, il metodo e l'indirizzo clinico da lui seguito; trovate numerosi letti per accogliere gli ammalati: trovate pure laboratori ben forniti, poichè la Biologia, la Fisica, la Chimica, l'Esperimento sono chiamati oggi a portare valido aiuto al Clinico.

«Inaugurandosi solennemente questo Istituto e festeggiandosi la data che segna l'inizio del suo completo funzionamento, non si può fare a meno di festeggiare e di esaltare il prof. Queirolo, che veramente grande fra i Clinici, qui signoreggia e da qui irradia luce di sapere e di amore».

Termina formulando l'augurio che non sia lontano il giorno, nel quale si possa festeggiare il rassetto edilizio degli altri Istituti clinici di Pisa.

Segue il sindaco, prof. dott. Pardi. Egli dice:

«Quale maggior soddisfazione per me, che fui tra i primissimi e più devoti scolari del prof. Queirolo, di quella che provo in questo giorno ed in quest'ora solenne, nella quale mi è dato esprimere al Maestro il plauso ed il saluto augurale della nostra Città? Saluto reverente e sincero, ispirato anche alla più affettuosa riconoscenza, non soltanto per l'opera feconda e potente della quale il prof. Queirolo ha onorato ed onora il nostro glorioso Ateneo; non soltanto per i lunghi anni di deputazione politica, da Lui fervidamente spesi a vantaggio della nostra Città; ma anche per il generoso, disinteressato esercizio del Suo alto e nobile ministero a beneficio degli umili, che non bussarono mai invano alla Sua porta. Perchè Giov. Battista Queirolo non ha considerato la Scienza soltanto come una manifestazione astratta ed elevata del pensiero; ma l'ha intesa anche come quella che deve suggerire la parola buona, come quella che, fisso lo sguardo ad una grande luce («... non si volta chi a stella è fisso», disse il grande Leonardo), ama scendere ed aggirarsi consolatrice fra gli uomini che soffrono».

Il sen. Maragliano pronunzia un altissimo discorso, di cui pubblichiamo altrove quanto riguarda l'insegnamento clinico (v. pag. 673; ne stralciamo ancora due brani, che hanno più diretta attinenza con la cerimonia:

«La parte che le Scuole Cliniche italiane prendono colla loro unanime adesione, col concorso personale dei loro direttori, alla cerimonia odierna, vi dicono eloquentemente il vivo interesse loro pel fatto alla cui consacrazione essa è dedicata. Ed il saluto che la medicina italiana tutta vi porta per bocca mia — interprete quale sono della Società Italiana di Medicina interna, che mi onoro di presiedere — Vi dimostra che l'inaugurazione della nuova Clinica Pisana è ritenuto un avvenimento d'interesse nazionale.

«Perchè se per esso cresce il lustro dell'antico celebrato Ateneo, per esso il paese acquista un nuovo e completo focolaio di studi, destinato ad intensificare l'educazione pratica dei giovani che aspirano all'alta missione di proteggere l'uomo avverso le insidie alla sua integrità fisica.

«Non crediate che in questo momento faccia velo al mio intelletto un sentimento esagerato di paternità scientifica: Queirolo, è vero, fu discepolo mio; fu nella mia Clinica che egli mosse i primi passi nel difficile arringo in cui ora Egli siede Maestro; è vero che oggi sono giustamente orgoglioso di Lui, ma è vero altresì che tutta la sua carriera si è svolta apertamente fra il plauso di quanti lo seguirono nella progressiva marcia sua ascendente in cammino luminoso, conquistando al la luce del sole con pubbliche vittoriose prove, grado a grado, tutte le posizioni, fino a questa massima della Cattedra Vostra che saldamente tenne e tiene per la fama della Vostra università, per l'onore della Clinica Italiana

«Ed un'altra ricorrenza rende oggi questa cerimonia doppiamente cara e solenne alla mente ed al cuore di noi tutti. Sono corsi ormai più che 30 anni dacchè egli tiene una cattedra universitaria: 28 qui, e gli altri nella mia Genova dove, dopo averlo avuto a discepolo, l'ebbi a Collega.

«La modestia Sua non consentì mai che fosse espressamente celebrato il Suo giubileo cattedratico; noi vogliamo profittarne per celebrarlo oggi suo malgrado, per dirgli, a nome di quanti qui siamo, di quanti qui non sono e vorrebbero esservi, tutta la nostra stima, tutto il nostro affetto, tutta la nostra ammirazione».

Il prof. Devoto, presidente del Comitato Centrale per la fondazione di un posto di perfezio-

namento intitolato a G. B. Queirolo, dichiara costituita la fondazione per la somma di lire ottanta mila, ne consegna lo Statuto al Rettore della Università e ringrazia quanti vi hanno aderito e concorso.

Sua Eminenza il Cardinale Maffi volle pure testimoniare al Maestro la sua alta considerazione, portando il contributo della sua eletta parola, con una felice improvvisazione.

Parlarono anche il vice-prefetto, a nome del Governo; il preside della Facoltà, prof. Mazza; il prof. Porcelli, per l'Ordine dei Medici di Livorno; il prof. Collodi, per l'Ordine dei Medici di Pisa; il prof. Landi, ex-aiuto della Clinica; il prof. Carreras, aiuto attuale, a nome del personale assistente; il dott. Noccioli; il dott. Del Genovese; il laureando Maragliano, a nome degli studenti di Genova; il laureando Faldino, a nome degli studenti di Pisa.

Il sen. Queirolo pronunzia poi un magnifico discorso, che le angustie dello spazio ci vietano di pubblicare per intero e di cui dobbiamo, pur troppo, limitarci a riportare pochissime parti:

«Ho avuta, nella mia vita scientifica — egli dice — l'ardente aspirazione di coronare la mia carriera Universitaria con la costruzione di un grande Istituto di Clinica Medica che corrispondesse alla importanza di questo massimo insegnamento della Medicina, e fosse degno delle tradizioni insigni del glorioso Ateneo Pisano.

«Alla realizzazione di questa aspirazione ho dedicato, con fede ardente, il lavoro tenace degli anni miei migliori: ad essa ho rivolte le mie maggiori energie con quella fermezza di proposito, e con quello spirito di sacrificio che sostengono, attraverso alle più gravi difficoltà, solo chi è animato da alte idealità.

Oggi l'Istituto di Clinica Medica, quale era nei miei voti e nel mio pensiero, è compiuto: esso apre, con questa austera cerimonia, le sue soleggiate sale ai nostri ammalati per lo studio e per la cura delle loro infermità, ed i suoi laboratorii ai nostri allievi per le ricerche scientifiche che della Clinica sono il sussidio ed il complemento».

Esprime poi la sua profonda e commossa riconoscenza a quanti hanno voluto onorarlo ed a quanti hanno contribuito al rinnovamento della Clinica Pisana; ricorda le vicende del nuovo Istituto e rievoca la storia della Clinica Pisana, fermandosi in specie su Bufalini, Fedeli, Grocco, Rummo; tratteggia con mano maestra il suo programma e aggiunge:

«Pisa, celebrando l'odierno avvenimento, non ha voluto fare vana cerimonia; ma inspirandosi agli ammaestramenti della sua gloriosa storia ha inteso, con la solenne inaugurazione del primo grande istituto scientifico compiuto dopo la guerra, affermare la funzione che l'alta cultura ha nella ricostruzione spirituale e materiale delle Nazioni, dopo la spaventosa catastrofe che ha travolto l'Europa, e parve dover spegnere la Civiltà nelle tenebre di una nuova barbarie. La Repubblica Pisana, dilaniata da domestiche discordie di cittadini e da guerre esterne, sul cadere del tredicesimo secolo abbandonava alle scuole ed alle iniziative private le arti liberali e gli studi eleganti: ma volle che nella Accademia di Pisa fossero destinate e conservate cattedre di medicina e di giurisprudenza; volle che in mezzo a tanta calamità fossero salve e prosperassero le istituzioni pubbliche cui sono affidate la salute e la incolumità dei privati cittadini e la tranquillità della Repubblica.

«Alla sapienza del Senato Pisano si inspiri il Governo d'Italia nella protezione delle sue Università. Alle Università è da secoli affidata l'alta cultura: questa prepara la grandezza dei popoli, poichè la Scienza si trasforma irresistibilmente in forza e in progresso; grandi e potenti divennero le Nazioni che ebbero fiorenti le Università degli Studi».

Chiude rivolgendosi agli studenti:

«Nel nuovo Istituto Voi troverete mezzi di studio adeguato alle esigenze della moderna cultura del medico: in questa Scuola apprenderete il metodo e l'indirizzo scientifico che questa cultura richiede; e nel vostro maestro avrete una guida ed un collaboratore affettuoso.

«Qui studieremo e lavoreremo insieme per assolvere, insieme, il nobilissimo compito che la più benefica delle Istituzioni umane ci ha confidato: quello di cercare il vero per fare il bene».

Alla fine del discorso una imponente ovazione saluta il Clinico illustre.

Dopo la cerimonia gl'intervenuti visitarono le corsie e i laboratorii dell'Istituto, rimanendo ammirati per la bellezza e grandiosità del nuovo superbo edificio.

Ebbe poi luogo un banchetto offerto al professor Queirolo; sontuosamente servito dall'*Hôtel Nettuno*, si svolse nella più schietta cordialità: oltre 130 coperti gremivano lo splendido salone. Parlarono il sen. David Supino, il Sindaco, l'on. Toscanelli che lesse un affettuoso telegramma di S. E. l'on. Dello Sbarba, il comm. Mosso in rappresentanza del Sindaco di Genova e del Presidente dell'Amministrazione degli Ospedali di Genova, il sindaco di Cicagna cav. Garbarino, il prof. Romiti in rappresentanza del Preside della Facoltà, il dott. Gini presidente dei Medici condotti, il cav. Pelosini in rappresntanza dell'Unione dei Commercianti e Industriali, il gr. uff. Vittorio Supino, presidente della Camera di Commercio, la dottoressa Maria Annunziata Squarcetta, assistente alla Clinica Medica, il sen. Maragliano, il quale riscosse una viva dimostrazione di simpatia. A tutti rispose commosso il prof. Queirolo.

Alle ore 17.30 furono aperti agli ospiti gli ampi saloni del Palazzo Comunale. Parlarono il Sindaco, il dott. Ricci a nome dei Medici del Comune, ed il sen. Maragliano, che si dichiarò vivamente commosso delle accoglienze fraterne che Pisa gentile ha voluto tributare, non solo agli ospiti della consorella di Genova, ma a tutti gli amici e colleghi del prof. Queirolo convenuti da ogni parte d'Italia. Il prof. Queirolo pronunziò sentite parole di ringraziamento al capo della Civica Amministrazione e a tutti i rappresentanti del Comune.

La sera il prof. Queirolo offrì un banchetto ai più intimi.

Ebbe così termine la grandiosa, indimenticabile festa della Scienza.

NOTIZIE DIVERSE.

IV Congresso Nazionale della Vigilanza igienica.

La Federazione Nazionale fra le Associazioni del Personale addetto alla vigilanza igienica terrà il suo 4° Congresso a Trento nei giorni 29-30-31 maggio e 1-2 giugno p. v.

Il Comitato d'onore è presieduto da S. E. il comm. prof. sen. L. Credaro.

Il Comitato ordinatore ha come Presidente onorario il prof. A. Lustig, senatore del Regno, come Presidente effettivo il prof. A. Sclavo, come Segretario generale il dott. G. Palomba.

Il Comitato locale è presieduto dal dott. A. Ciurcentaler, medico provinciale; ne è segretario il dott. L. Nardelli; vice-segretario C. Viberal; cassiere G. Bertoldi.

La Sede è alla Federazione Concorso Forestieri nel Trentino, Palazzo Filarmonica, Trento, Via Verdi 17.

Tassa d'iscrizione L. 20 (L. 5 in più per ciascuna persona di famiglia) da inviarsi a mezzo di cartolina-vaglia, non più tardi del 21 maggio corr., al *Segretariato generale* dott. G. PALOMBA - Roma (25) - Via Vittorio Veneto, 96.

Temi del Congresso sono:

1° *La propaganda igienica nella scuola, fra le madri, negli opifici, nelle campagne, ecc., per la lotta contro la tubercolosi, la malaria, l'alcool, la sifilide, il tracoma, la pellagra, il vaiuolo, ecc.* (Esposizione di mezzi di propaganda, tavole, modelli, opuscoli, diapositive, ecc.).

2° *Il personale di vigilanza igienica ancora in attività nelle nuove Provincie e le sue attribuzioni.* — Relatore: Dott. E. Weiss - Trento.

Verranno rese onoranze al prof. Luigi Pagliani e istituita la «Fondazione Pagliani».

Per partecipare al Congresso ed ai festeggiamenti e fruire delle speciali facilitazioni è indispensabile la tessera personale che deve esser richiesta mediante il pagamento della tassa d'iscrizione, non più tardi del 21 maggio corr.

Per quanto concerne le riduzioni ferroviarie, gli alloggi e altre informazioni, chiedere il programma al Segretario generale.

Corso clinico-profilattico sulla tubercolosi.

Per iniziativa della «Crociata contro la tubercolosi» e sotto gli auspicii della Clinica medica generale di Torino, diretta dal prof. Micheli, verrà tenuto un Corso clinico-profilattico sulla tubercolosi per medici e laureandi in medicina, allo scopo di render loro noti i recenti ed accertati progressi della scienza e della pratica per la diagnosi e cura della tubercolosi nelle diverse manifestazioni cliniche, nonchè i congegni profilattici per prevenirla e combatterla, a vantaggio tanto degli individui quanto della collettività.

Le materie che verranno svolte, con trattamento dimostrativo e pratico, sono le seguenti: Clinica medica, prof. F. Micheli; Fisio-patologia, prof. A. Ceconi; Tubercolosi dell'infanzia, prof. G. B. Allaria; Tubercolosi e maternità, prof. G. Vicarelli; Tubercolosi chirurgica, prof. O. Uffreduzzi; Terapia e dietetica, prof. F. Battistini; Pneumotorace, prof. L. Borelli; Diagnostica di laboratorio, prof. G. Satta; Radioscopia, prof. M. Bertolotti; Tubercolosi delle prime vie respiratorie e dell'orecchio, prof. G. Gavello; Anatomia patologica, prof. C. Gamna; Legislazione antitubercolare, prof. F. Abba; Profilassi individuale e collettiva, prof. A. Bormans.

Durante il corso si visiteranno gli istituti antitubercolari locali: Dispensario antitubercolare; Sanatorio S. Luigi; Stazione di disinfezione; Colonia profilattica «Principessa Laetitia».

Le lezioni verranno iniziate il 19 maggio con un discorso inaugurale del prof. sen. Pio Foà.

Le lezioni avranno luogo in tutti i giorni della settimana, eccezione fatta del Sabato pomeriggio e della Domenica; le lezioni pomeridiane (eccezione fatta pei giorni delle visite) avranno termine alle ore 16.

Il corso si chiuderà il giorno 4 giugno.

Agli inscritti, che avranno frequentato almeno tre quarti delle lezioni, verrà rilasciato speciale attestato.

Le inscrizioni sono gratuite e si ricevono fino al 15 maggio presso le sedi della Clinica medica (via S. Massimo, 24) e della «Crociata» (via Po, 18).

Nel caso che le inscrizioni superassero il numero di 150, si riterranno valide le prime 150 domande pervenute per ordine cronologico e si darà avviso in tempo della non avvenuta inscrizione agli interessati.

Una conferenza.

Il comm. dott. Davide Fieschi ha tenuto a Cremona una conferenza sul tema: «Tubercolosi ed evoluzione sociale». Illustrando le idee del professor Sanarelli, egli ha dimostrato, con rilievi statistici e notizie storiche, il contributo portato alla diffusione della «peste bianca» dai fattori demografici ed economici, in rapporto con i processi immunitari dell'organismo; ha poi riassunto i principî fondamentali della profilassi; infine ha esposto i sistemi di spedalizzazione e di cura. La conferenza, detta in forma lucida e piana ed illustrata da numerose proiezioni, ha interessato vivamente il foltissimo pubblico, nel quale erano molte spiccate personalità.

Facilitazioni di viaggio per gli studenti italiani e stranieri.

In considerazione dell'opportunità, che sempre più si manifesta, di concorrere con ogni mezzo a mantener vivo il sentimento di nazionalità nei nostri connazionali all'estero, nonchè a diffondere la nostra cultura fra gli stranieri, onde questi sian tratti a una più esatta conoscenza dei progressi del nostro Paese nei vari rami di attività sociale, il Governo ha autorizzato le Società Italiana Servizi marittimi, Marittima Italiana, Sicilia, Puglie, Lloyd Triestino, a concedere la riduzione del 75 per cento — vitto escluso — sui prezzi di passaggio comuni, per un viaggio annuale dall'estero all'Italia e uno dall'Italia all'estero, ai giovani nazionali o stranieri residenti all'este-

ro, inscritti nelle Università o Istituti superiori e nelle Scuole medie del Regno, i quali viaggiano per ragioni di studio, dai porti esteri a quelli del Regno o viceversa, sulle linee di navigazione esercitate da dette Società per conto dello Stato.

Gli studenti anzidetti potranno godere della concessione, purchè muniti di regolare certificato di iscrizione in uno degli Istituti governativi suindicati e di tessera di riconoscimento con fotografia, e purchè il viaggio per l'Italia sia iniziato nei 30 giorni precedenti l'apertura dei corsi e quello di ritorno all'estero, nel luogo di residenza, nei 30 giorni che seguono la chiusura dei corsi stessi.

In memoria del prof. Pansini.

In onore del prof. Pansini, ordinario di Semiotica a Napoli ed autore di importantissimi lavori scientifici, deceduto nelle funzioni di generale medico durante la guerra, è stato inaugurato un busto nella sua natìa Molfetta.

L'opera d'arte è dell'insigne scultore Giulio Cozzoli, che ha dato al lavoro una impronta di nobiltà e di severa eleganza.

Ha pronunciato l'elogio Antonino Anile. Oltre le autorità della regione è intervenuta una larga rappresentanza della Facoltà Medica di Napoli con i professori Pace, Cantani, Rubini, Germano, De Arcangelis, Bonomo, che hanno deposto ai piedi del monumento una targa di bronzo a nome dell'Istituto di Semiotica Medica.

Cattedra per l'organizzazione del lavoro.

In Francia, il Parlamento ha votato lo stanziamento di fondi necessari al funzionamento di una nuova cattedra, creata al Conservatorio di arti e mestieri, per l'insegnamento dell'Organizzazione tecnica del Lavoro. Il dott. Langlois è il titolare della cattedra. Questo nuovo insegnamento si propone di studiare i mezzi atti a conseguire non solo il massimo rendimento del lavoro umano, ma anche il massimo utile congiunto alla conservazione della integrità dell'organismo dell'operaio, dal punto di vista fisico, morale e intellettuale. Per raggiungere queste finalità sono necessarie esperienze di laboratorio, ed occorre seguire l'operaio nel suo lavoro e nel suo ambiente sociale, fissare con osservazioni ed analisi scientifiche le condizioni di ogni ordine nelle quali il lavoro umano possa dare il suo miglior rendimento.

Il nuovo insegnamento viene ad integrare i corsi relativi ai problemi del lavoro, già esistenti: statistica, igiene industriale, economia ed assicurazioni sociali.

Centri sanitari nella Czeco-Slovacchia.

Il Ministero di Sanità della repubblica czecoslovacca ha deciso di attuare un programma di centri sanitari. Se n'è fatto promotore il dottor Hamza, capo della divisione per la patologia sociale presso il Ministero.

Lo Stato offre delle sovvenzioni per l'acquisto dei locali, per le suppellettili scientifiche e l'arredamento. Già nove centri hanno cominciato a funzionare e molti altri sono in preparazione. Per ora sono modestissimi: comprendono per lo più un dispensario antitubercolare, un ambulatorio infantile e un dispensario antivenereo; vi saranno presto aggregati dipartimenti per l'igiene mentale, sezioni ginecologiche, oculistiche, ecc. Ad ogni centro è addetta, per ora, una sola infermiera visitatrice.

(*Journ. A. M. A.*, 19 febbraio 1921).

Il titolo di "professore" in Francia.

Il *Journal Officiel* annunzia che gli insegnanti nelle università ora detti *agrégés* sono autorizzati ad usare la qualifica di professori, qualora ne sia inoltrata domanda al Ministro corredata dai voti favorevoli di due terzi del Consiglio accademico e del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione. I professori aggiunti non saranno autorizzati a votare per l'elezione del decano, ma nelle Università godranno di tutti gli altri diritti e privilegi dei professori regolari.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 16 Maggio 1921 Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

OSPEDALE CIVILE DI CLUSONE (Bergamo).

I criteri che regolano la cura medica e l'intervento chirurgico in alcuni casi di patologia addominale.

Dott. PIETRO GILBERTI, chirurgo dirigente.

INTRODUZIONE. — Per consiglio e desiderio di alcuni colleghi i quali avrebbero visto assai volentieri raccolti in un unico lavoro i moderni concetti che regolano la giusta e razionale valutazione delle indicazioni curative nelle forme più interessanti della patologia addominale ho creduto opportuno pubblicare una serie di osservazioni pratiche alla quale servono d'introduzione queste poche righe.

Il titolo generico della serie dice di quali forme io ho scelto di occuparmi: di quelle che hanno in comune un periodo in cui il medico ed il chirurgo sono chiamati a studiare insieme l'ammalato e a decidere se esso deve rimanere all'internista per la cura medica o deve passare all'operatore per l'intervento chirurgico.

Il compito non mi è sembrato facile; purtuttavia mi sentii lusingato a compierlo per un certo senso di compiacenza che non saprei nascondere essendomi permesso d'interpretare il consiglio dei colleghi come l'assicurazione di non essere ritenuto il chirurgo esclusivamente operatore che del bisturi fa unico mezzo di diagnosi e di cura, ma bensì il chirurgo che è e deve essere anche medico.

Schieratomi anzi fra coloro che in patologia addominale danno grande valore alla cura interna perchè in non pochi e determinati casi ho visto raggiungere la guarigione in via esclusivamente medica, il mio còmpito è di stabilire collo svolgersi dell'argomento, quando il medico deve chiamare il chirurgo e quando questi deve intervenire.

Per ogni capitolo sarà precisamente tale lo scopo.

Ho trattato perciò in egual misura la questione medica e chirurgica dovendo le due discipline unirsi in vicendevole aiuto e in razionale collaborazione nella lotta contro il gruppo di malattie che ho preso in esame.

Ad alcune questioni che mi sembrarono meno pratiche ho appena accennato per ragioni più che altro di completezza, mentre ho esposto piuttosto largamente le indicazioni alle cure le quali se reclamano in questo lavoro gran parte di studio, non meno importante per noi deve essere la giusta conoscenza dei risultati operativi, ond'è ch'io ho insistito talvolta su di essi, perchè sappia il medico pratico quanto può promettere all'ammalato che affida nelle mani del collega chirurgo.

Mi si permetta di dire infatti che noi abbiamo sorpassato un periodo che oserei chiamare « della moda chirurgica », in cui avendo vissuto anch'io coll'entusiasmo dei primi anni di sala operativa, ho appreso che i chirurghi di tutto il mondo con brillanti atti operativi avevano fatto dell'intervento chirurgico una necessità non solo di casi ribelli alle cure mediche, ma anche in quelli che ora rimangono efficacemente curati dal medico.

Vedi l'appendicite!...

Perciò mi pare che i tempi stessi faciliteranno il mio lavoro ora che sono chirurgicamente modificati. Non si può dire lo stesso delle vicende mediche, poichè non tutti gli internisti si sono decisi a riconoscere ed a favorire l'opera del chirurgo che talvolta pur troppo chiamano quando è già trascorso un tempo prezioso onde non resta all'operatore che scegliere fra un doloroso rifiuto o il disperato tentativo delle ultime armi!

***

Dedico questo mio lavoro al medico pratico che esercitando lungi dai centri, non ha per lo più che le risorse della sua mentalità clinica e nessun tempo per dedicarsi alla consultazione ed allo studio di riviste, di giornali, ecc.

Scrivo più particolarmente per i giovani medici che non avendo potuto completare regolarmente la loro educazione pratica a causa della guerra e dell'impellente necessità di coprire i servizi di condotta, si trovano a disagio di fronte ai problemi più ordinari dell'esercizio professionale.

LE PERITONITI IN GENERALE.

Le brevi considerazioni che espongo a proposito delle peritoniti riflettono esclusivamente quelle forme che sono o sogliono passare nel dominio della chirurgia.

Eziologicamente non v'ha più chi creda ancora alla peritonite idiopatica. Essa non ha che il valore storico di uno dei punti più discussi nello studio della patogenesi delle peritoniti.

Oggi infatti non è possibile considerare la peritonite come entità morbosa a sè, ma bensì come fenomeno secondario di lesioni viscerali dell'addome e del torace per continuità e contiguità di tessuti, di organi, di regioni.

Ogni viscere addominale può dar luogo per via di propagazione allo sviluppo di una forma di peritonite ed allo stesso modo può un'infiammazione pleurica o costale e perfino vertebrale avere come conseguenza diretta l'infiammazione del peritoneo.

Le ulceri ed i cancri dello stomaco, l'appendicite e la salpingite, le occlusioni intestinali e perfino gli stessi strozzamenti erniari, la pleurite purulenta, ecc. ecc., possono dare origine alla peritonite.

Essa dunque è da ritenersi un processo secondario di cui agli effetti radicali della cura è necessario che si sappia rilevare la causa anatomica, vera ed unica fonte del processo peritonitico. In qualche caso si tratta di perforazione di un viscere, in qualche altro caso di propagazione diretta o per via linfatica del processo infettivo.

Inoltre hanno per noi importanza le peritoniti traumatiche di cui specialmente la forma che può aver seguito alle operazioni laparotomiche.

E finalmente accenneremo alle peritoniti che accompagnano le malattie infettive.

I processi puerperali e piemici vi hanno una parte considerevole: ma si è visto manifestarsi la peritonite anche in seguito a vaiolo, a scarlattina, a morbillo, ad influenza, ecc. Queste sono però le forme che restano ordinariamente di dominio della medicina. Gli agenti infiammatori capaci di produrre la peritonite sono dunque svariatissimi. Si va dal contenuto gastro-intestinale versatosi per perforazione nel peritoneo, alle molteplici infezioni insediate negli organi contenuti o vicini al peritoneo e allo stato, diremo così, infettivo generale delle malattie a cui sopra è stato accennato.

La peritonite idiopatica quindi ripeto è andata dissolvendosi essendo ogni forma addebitata a cause specificate.

Ma la gravità del processo infiammatorio del peritoneo e di quello purulento in ispecie che direttamente più ci interessa, dipende da due circostanze speciali: la virulenza dell'agente infiammatorio e la velocità d'invasione nel peritoneo. Perciò la peritonite purulenta per trauma sarà più grave di quella da perforazione viscerale, mentre sarà meno grave la propagazione del processo dagli organi vicini o contenuti nella cavità splancnica. Cioè, mentre un peritoneo repentinamente invaso diventa sede di un processo in cui domina in grado elevato la gravità dei fenomeni, sarebbe capace, lentamente invaso, di rendere meno offensiva l'azione delle cause morbose sia mediante la reazione specifica all'infezione, sia per riassorbimento, sia per certi fattori da cui si originano le barriere adesive.

Quest'ultimo coefficiente di difesa è anzi il più sicuro in quanto l'essudato plastico è caratteristica proprietà delle sierose.

La peritonite acuta purulenta e diffusa. — Questa forma, sia essa generalizzata fin da principio o diventata tale dopo alcun tempo dall'inizio dell'infiammazione, è una malattia chirurgica nello stretto senso della parola, perchè per la sua cura non ha valore che la laparotomia.

La sua caratteristica è la diffusione del processo purulento a tutta o alla maggior parte del peritoneo senza formazione di aderenze limitanti. Perciò distinguesi dall'altra forma che il Wagner chiamò sepsi peritoneale e che è superiore per la sua gravità ad ogni presidio chirurgico.

Il segreto per la buona riuscita non sta però solo nell'operare, ma bensì nell'operare in tempo opportuno: nè troppo presto, nè troppo tardi, sebbene possa sembrare superflua ogni discussione.

Sembrerebbe quasi di poter spingere il nostro entusiasmo fino a consigliare l'operazione subito, d'urgenza in ogni caso, appena fatta la diagnosi. Questa è la conclusione di V. Bek. Ed il Lejars dice in proposito che la questione della cura della peritonite è questione di diagnosi.

Non e dello stesso parere il Fantino il quale pensa piuttosto se invece non si deve ritenere che un'osservazione rigorosa dei fatti può talvolta consigliare ad essere più cauti. Egli si riferisce alla affermazione del chirurgo svedese Lennander che con geniale osservazione ritiene essere *la peritonite non già il pericolo, ma il tentativo di salvezza, e che se l'infezione tenta di uccidere, la peritonite tenta di salvare.* Infatti in molti casi, proprio il peritoneo che col suo essudato dà certezza di risentimento peritoneale, riesce mediante aderenze protettrici a circoscrivere il focolaio viscerale, origine e causa della peritonite stessa.

Non è dunque possibile applicare per la peritonite purulenta diffusa e acuta indifferentemente il precetto che ha sempre regolato la chirurgia d'altri tempi « Ubi pus ibi evacua », senza la restrizione dovuta e voluta per i singoli casi.

Devesi perciò ritenere che sebbene l'intervento sia la regola, non è punto corretto l'intervenire subito in tutte le occasioni. Nè questo è scetticismo. Parla in mio favore il concetto già citato del Lennander. In base a questo non mi può essere lecito evacuare la raccolta purulenta endoperitoneale se non in certi determinati casi.

Purtroppo non è però possibile formulare un precetto regolare e categorico. La scelta del momento dipende troppo da un complesso di fatti perchè si possa tassativamente stabilire una regola generale.

Prevale perciò il criterio individuale del medico pratico, resosi tale attraverso il lavoro professionale. Ciò che è base della nostra condotta è il fatto più volte osservato che l'intervento troppo precoce nuoce al pari di quello tardivo.

Con tutto questo non vorrei essere giudicato incredulo di fronte alle statistiche classiche dei nostri maestri perchè sarebbe errore imperdonabile se io non riconoscessi il vantaggio di un intervento immediato ad esempio nell'appendicite acutissima con perforazione dell'appendice stessa.

Per intervento precoce intenderei qui l'operazione eseguita subito dopo la consegna del malato al chirurgo. Tale precocità non sarebbe quella relativa al tempo della malattia, ma piuttosto quella relativa al tempo dell'osservazione di essa.

Ed allora si capisce come può avvenire che l'intervento sia dannoso perchè si svuota una raccolta cavitaria non più recentissima. Per quanto si abbia al momento un miglioramento tangibile delle condizioni locali esso è effimero e ne segue di regola un rapido peggioramento. Se indaghiamo le cause di questi fenomeni dobbiamo trovarle, dice lo stesso Fantino, nel fatto che il pus mentre è vettore dei mezzi di difesa lo è pure dei batteri e dei tossici. Ond'è logico che si lasci il pus quanto più è possibile e tollerabile colle condizioni generali, affinchè si esplichi l'azione difensiva di esso distruggendo il microrganismo e neutralizzando le sue tossine. L'intervento allora non sarà più assolutamente precoce, ma in senso relativo e

riuscirà utile non essendosi stabilita ancora quella fenomenologia classica che nei riguardi pratici può benissimo essere valutata come l'avviso che il limite massimo di tolleranza per l'intervento è purtroppo *già stato sorpassato*. Dice il Vierordt che appena il medico può pensare alla peritonite purulenta diffusa deve tosto associarsi il chirurgo e preparare la famiglia ed il malato alla eventualità della laparatomia.

È poi di importanza massima avvertire che una peritonite diffusa esiste già prima ancora che il malato presenti la classica sintomatologia descritta su tutti i trattati. Non si illuda il medico perchè il polso non è piccolo e frequente, perchè manca il meteorismo o la lingua non è asciutta... la cavità peritoneale può già essere piena di pus. Ci guiderà a tale diagnostico più che altro il dolore spontaneo addominale, e alla pressione, con intensa contrazione muscolare di difesa e la puntura esplorativa.

Finisco accennando ad un dato di tecnica operativa.

Tecnicamente la laparotomia deve essere eseguita con trauma minimo onde avvenga anche un assorbimento limitato di materiale tossico. Esso ha per iscopo l'evacuazione del pus. Perciò io mi sono sempre attenuto all'incisione piccola preferibilmente nel quadrante inferiore di destra col malato in posizione del Fowler, guardandomi bene da qualsiasi manipolazione dell'intestino e da qualunque sorta di lavaggio peritoneale, procurando invece di stabilire un ottimo drenaggio che uso fare di preferenza con garza idrofila.

E concludendo devo ripetere che intervenire troppo presto non si fa che aggiungere un trauma il quale potrebbe essere fatale all'organismo trovandosi esso in una fase di raccoglimento di tutte le sue forze, di tutte le sue energie, di tutte le sue risorse per sostenere e compiere la sua impresa defensionale.

È necessario sorvegliare ed attendere a mano armata per intervenire cioè più tardi quando coll'eliminazione del pus si può esser certi d'eliminare anche tutti i batteri, e non ne resti alcuno dotato ancora di quell'attività per cui può riprendere la sua azione offensiva con energia anche maggiore.

L'ulteriore attesa sarebbe pure di esito sfavorevole perchè il paziente può già essere entrato in una fase di deperimento organico per l'assorbimento ed il lavoro di eliminazione dei batteri e dei tossici da rendere per lo meno più grave l'intervento se non tentativo supremo.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA DI ROMA
Direttore: Prof. E. PESTALOZZA.

Il taglio cesareo transperitoneale sul segmento inferiore dell'utero. (1)

Dott. PAOLO GAIFAMI, assistente e libero doc.

Riferisco su sette casi da me eseguiti, o fatti eseguire sotto la mia assistenza diretta, in questi ultimi mesi, seguendo la tecnica divulgata dallo Schickelé. Fra le varie modalità di T. C. transperitoneale proposte quella mi sembrò preferibile. Ne descrivo i vari tempi, unendovi gli accorgimenti derivati dalla esperienza personale.

Incisione mediana sottombelicale, partendo dal pube p. 10-12 cm.; aperta la parete add., riconosciuta la plica vescico-uterina, si solleva qui la sierosa e la si seziona trasversalmente per sei-sette centm.; i due lembi di sierosa si scollano rispettivamente in alto e in basso in modo da denudare un esteso tratto del segmento inferiore. Si riparano con compresse i margini della ferita lapar. per evitare l'eventuale inquinamento della cavità addominale. Si incide longitudinalmente la parete dell'utero, di solito molto sottile e quasi esangue. È necessario a questo punto far attenzione alla possibile rotazione *in toto* dell'utero sul suo asse; in tal caso si sposterà di lato la incisione per evitare le diramazioni vasali maggiori. La estrazione del feto è di solito facile, facendo ruotare in avanti l'occipite e aiutandosi con la spremitura sul fondo uterino. Dopo il secondamento, sutura a punti staccati in seta; al disopra di essa, sutura continua in senso trasversale del peritoneo, per lo più in catgut. Residua così una breve cicatrice peritoneale, situata proprio nell'angolo di riflessione del peritoneo, il che ci pare la migliore garanzia contro il pericolo di aderenze parietali o viscerali. L'intervento in 6 dei 7 casi fu eseguito con la anestesia lombare (novocaina e adrenalina), la quale presenta sulla narcosi generale il vantaggio di assicurare una emostasi *post partum* più pronta, completa e duratura.

Nei casi riferiti si trattava sempre di casi non puri, con il sacco aperto da molte ore, una volta da 28, una volta anche con prolasso del funicolo; nessuno però era proprio settico; non ostante l'ottimismo di qualche A., non mi sono sentito autorizzato ad estendere l'esperi-

---

(1) Il lavoro *in extenso* sarà pubblicato nella «Rivista pratica di Ostetricia», n. 2, 1921.

mento ai casi settici. Il risultato fu sempre lusinghiero; la emorragia dalla incisione sempre scarsa, i feti vivi, il puerperio regolare senza alcun accenno a quel risentimento addominale che così spesso disturba i primi giorni delle operate col T. C. classico.

A me pare della massima importanza, oltre a questo punto, di considerare i pericoli immediati e lontani legati al T. C. sul fondo per le aderenze che si formano in gran numero dei casi. Sul materiale della clinica su 51 casi di T. C. ripetuti troviamo notate aderenze in più del 50 %; una volta si dovette intervenire per fatti di occlusione intestinale in X g. di puerperio; tre volte a maggiore o minore distanza dal T. C. si intervenne, per disturbi legati a una ventrofissazione uterina dopo cesarea, con la isterectomia.

Ora una operazione che, senza avere alcuna fondamentale inferiorità di fronte al T. C. classico, ci assicuri dall'incidente non raro e spesso temibile delle aderenze postoperatorie, deve avere già per questo le nostre simpatie.

Ma ci si potrebbe chiedere se non si debba mettere al passivo del taglio cervicale una minore resistenza della cicatrice. A questo riguardo dobbiamo dire che le nostre conoscenze si sono molto modificate, da quando, nei primi tempi del T. C. extraperitoneale, tali timori furono formulati.

Del resto, già nel 1910 il Pestalozza (*Rel. al V Congresso internazionale di Ostetricia e Ginecologia a Pietroburgo*) riconosceva che se è veró che il segmento inferiore è la parte più debole dell'utero, è anche vero che una cicatrice fibrosa è forse più temibile là dove l'energia contrattile raggiunge il suo massimo, cioè verso il fondo. E osservava inoltre che essendo il seg. inf. esposto specialmente a distensioni eccessive nel senso longitudinale, le cicatrici che più dovrebbero dar pensiero sarebbero quelle a direzione trasversale. Queste considerazioni trovarono la migliore conferma nella esperienza successiva, tanto che si potrebbe dire essersi oggi invertite le parti nel senso che, dissipatisi i primi timori, si levano voci segnalanti proprio l'opposto pericolo. Vogliamo alludere a Fischer, Holland, Munro Kerr e altri. Questo ultimo A. da vari anni dà la preferenza al T. C. transperitoneale con una tecnica sua propria e fra le ragioni di tale sua preferenza mette in prima linea la difficoltà di una regolare guarigione per prima nel corpo, adducendo ragioni biologiche e meccaniche. Holland poi pone fra le conclusioni di un suo interessante lavoro sulla rottura della cicatrice cesarea addirittura l'affermazione che la incisione trasversa sul fondo predispone alla rottura.

Dalla statistica di Holland risulta anche fra le condizioni predisponenti alla rottura la inserzione della placenta sulla cicatrice cesarea. Fra noi Cappellani ha pure accentuata la importanza di questo fattore, già del resto ben noto da tempo nella etiologia delle rotture spontanee del corpo dell'utero. Ricordo questa constatazione, perchè ne potrebbe derivare un altro argomento in favore della incisione cervicale come quella che permetterebbe di ridurre al minimo se non di eliminare codesta concausa.

Riassumendo: nessun fondato dubbio sulla resistenza della cicatrice cervicale, ma anzi alcuni elementi di recente messi in luce a favore di tale incisione; nessuna difficoltà operatoria speciale (colla tecnica da me descritta l'intervento è, come quello per il T. C. classico, alla portata di qualunque operatore); durata della operazione non maggiore che col T. C. classico; prognosi per il feto ugualmente buona. *Ed in più a tutto vantaggio della cesarea cervicale*: più facile e più breve la ricostituzione della ferita laparotomica, e conseguente più facile prevenzione di ernie postoperatorie; minimo traumatismo addominale non venendosi mai in contatto con le anse intestinali; decorso postoperatorio esente da quelle forme di ileo che seguono così spesso in forma più o meno accentuata al T. C. classico; emorragia dalla incisione cesarea, minima di solito, certo inferiore che col taglio sul fondo; nessun pericolo di aderenze postoperatorie viscerali o parietali coi loro inconvenienti immediati e lontani.

Il bilancio è quindi già chiaramente in favore della incisione sul segmento inferiore per via transperitoneale anche senza dar troppo peso agli asseriti vantaggi per i casi infetti riguardo ai quali non abbiamo una esperienza personale.

Da questo riassunto traspare la nostra simpatia per la operazione descritta. È tuttavia prudente non farci prendere da eccessivi entusiasmi: già altra volta accadde che operazioni salutate come rinnovatrici o destinate a sostituire il T. C. classico si dimostrarono con l'esperienza prolungata impari alla bisogna. Certo per il momento ci guarderemmo bene dal dare l'ostracismo al T. C. sul corpo, come fanno, p. es., Kuestner, Lichtenstein (della scuola di Zweifel) e altri, i quali ritengono che debba essere del tutto sostituito da quello cervicale.

Noi pensiamo più ragionevole un giusto eclettismo. Non diversamente concludeva il Fer-

roni, il quale anche riportava i buoni successi avuti nei tagli cesarei ripetuti all'averli eseguiti con tecniche diverse, tanto da trovare anche in questo un vantaggio, poichè nel moltiplicarsi dei metodi operatorî siamo venuti acquistando il possesso delle varie tecniche.

Concludendo, possiamo ripetere, *mutatis mutandis*, quanto scriveva nel 1910 il Pestalozza nei rispetti del T. C. extraperitoneale, ossia che dobbiamo guardarci dal voler risolvere una questione ancora immatura; e ci accontentiamo dei buoni risultati conseguiti non per proclamare la superiorità definitiva del T. C. transperitoneale cervicale (1) sul T. C. classico, ma per sentirci incoraggiati a proseguire in questo indirizzo le esperienze necessarie a un giudizio definitivo.

(1) Accettando la denominazione corrente di T. C. cervicale, dobbiamo fare una riserva: l'incisione in realtà interessa specialmente il segmento inferiore dell'utero e solo in parte e in certi casi viene estesa al collo: è improprio quindi parlare di T. cervicale; nome adottato da chi crede che tutto il segm. inf. derivi dal collo (Bayer, Bumm, ecc.).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA
I SEZIONE DI MEDICINA
diretta dal dott. VITTORIO FORNARA.

Sopra un caso di meningismo tifico.

Dott. PIERO FORNARA.

Nello scorso estate si manifestò a Novara, e più specialmente nel sobborgo di Sant'Andrea, una epidemia di ileo-tifo che, date le pessime condizioni igieniche di detto sobborgo, si diffuse assai rapidamente sì da assumere nel mese di agosto proporzioni inquietanti.

Gli esami batteriologici che furono praticati in molti di tali casi, ora come emoculture nei casi assai rari presi in un periodo precoce, più spesso come sieroagglutinazioni, dimostrarono trattarsi di una epidemia di tifo Eberth; i dati statistici delle denunzie dimostrarono una proporzione assai elevata di bambini e di ragazzi colpiti con un numero affatto esiguo di uomini dai 20 ai 40 anni, ciò che forse è in rapporto colle vaccinazioni antitifiche subite da questi durante la vita militare; questo concorda del resto con quanto fu constatato in altre epidemie analoghe del dopo-guerra ed è uno dei fattori principali che inducono parecchi Clinici a proporre la vaccinazione antitifica obbligatoria della popolazione borghese.

Dei casi denunziati od ospedalizzati (una novantina circa) molti ebbi occasione di vedere e di seguire o come assistente volontario al Laboratorio Medico-Micrografico Municipale o come allievo all'Ospedale Maggiore: fra di essi uno ne ebbi ad osservare particolarmente interessante e sul quale credo opportuno di richiamare l'attenzione.

M. Giuseppe nato a Cergnago (Pavia), residente e domiciliato a Novara, sobborgo Sant'Andrea, d'anni 47, operaio presso una fabbrica di cascami di seta.

Nulla nel gentilizio: ammogliato senza figli, la moglie è viva e sana. Il paziente dice di essere sempre stato sano e robusto e di non avere mai sofferto malattie: non fu militare, non subì vaccinazioni antitifiche.

La malattia attuale cominciò il 2 settembre 1920 con forte cefalea, brividi e febbre: da allora la febbre continuò sempre alta con cefalea intensa; mai vomiti, nè diarrea. Il giorno 9 settembre è portato all'Ospedale, dove viene ricoverato al letto n. 129 della 1ª Sezione di Medicina.

Stato presente alla data d'ingresso. — Sviluppo scheletrico e muscolare regolari, nutrizione buona. L'a. giace in letto in decubito passivo, disorientato nel tempo e nello spazio, di solito affatto tranquillo, depresso ed apatico; ma di tanto in tanto delira, parla ad alta voce, si alza e gira per la corsia, senza però mai mostrarsi in stato di agitazione violenta. Notevole rigidità della nuca: i movimenti di flessione o di rotazione del collo sono assai limitati e dolorosi: iperestesia generale, sia cutanea che muscolare; lieve dermografismo rosso; rigidità della colonna vertebrale Kernig. Pupille uguali, ben reagenti alla luce ed all'accomodamento: lieve fotofobia.

Non *herpes labialis*.

Nulla al torace; non rantoli nè sibili nell'ambito polmonare.

Ventre lievemente tumido; fegato e milza non palpabili; non dolente la palpazione del punto cistico. All'esame degli arti: riflessi rotulei vivaci ed uguali ai due lati. Polso ritmico di 80 battute. Temperatura 38°.8.

Il giorno 10. — Condizioni immutate. Mattino T. 38°.3, P. 75. Sera T. 38°.7. Alvo stitico.

Il giorno 11. — Condizioni generali immutate; l'am. è sempre nello stesso stato, ora tranquillo e depresso, ora delirante e lievemente agitato, coi notati sintomi meningei persistenti. In più si nota una netta paralisi del facciale inferiore di destra coi noti sintomi a carico dei muscoli geniolabiali: il facciale superiore invece è integro: l'a. contrae bene il *M. frontalis*, il *corrugator supercilii*, gli *orbicularis palpebrae* e chiude ugualmente forte i due occhi, non fenomeno di Bell, non fenomeno bulbo-palpebrale ipercinetico di Negro.

Mattino T. 38°. P. 75. Sera T. 38°.3.

Si pratica una puntura lombare: il *liquor* cola goccie a goccie senza aumento di pressione, limpidissimo: se ne estraggono così circa otto centimetri cubici. All'esame di tale L. C. R. si trova: non sensibilmente aumentato

il contenuto in albumina (intorbidamento appena apprezzabile riscaldando 2 cmc. di L. C. R. fino alle prime bolle e aggiungendovi IV goccie di acido tricloroacetico al III) lasciato a sè non sedimenta e non forma ragnatela neanche con prolungata centrifugazione. Non si ottiene sedimento: all'esame microscopico dell'ultima goccia rimasta nella provetta dopo decantazione non si trovano nè eritrociti nè globuli bianchi; esso è amicrobico (esame diretto e cultura) e dà Wassermann negativa.

Esame del sangue. — Globuli rossi 5,300,000. Globuli bianchi 4,100.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 48 %; basofili 2 %; eosinofili 0; linfociti 29 %; monociti 21 %.

Il giorno 12. — I sintomi meningei e la cefalea vanno regredendo: immutati i sintomi a carico del facciale inferiore di destra.

L'a., che è assai più tranquillo e più lucido, lamenta dolore nell'aprire la bocca: all'esame si trova nella regione parotidea sinistra una tumefazione grossa come una noce, dolentissima alla palpazione: all'esame della mucosa orale non si trova traccia di stomatite nè diffusa nè localizzata allo sbocco del dotto di Tenone.

Mattina T. 39°.2. P. 82. Sera T. 38°.8.

Il giorno 13. — I sintomi meningei continuano a regredire; aumenta la tumefazione della parotide. Alvo sempre stitico. Mattino T. 38°.5. Sera T. 39°. All'esame delle orine: albumina e glucosio assenti, diazoreazione positiva.

Il giorno 14. — Completamente svaniti i sintomi meningei; all'esame degli arti riflessi tendinei vivaci ma uguali ai due lati. La tumefazione della parotide ha raggiunto le dimensioni di un uovo ed è dolentissima, ma su di essa non si palpano punti fluttuanti. Mattino T. 38°.6. Sera T. 38°.6.

Il giorno 15. — Reperto generale immutato: la tumefazione della parotide sinistra accenna a diminuire e si fa meno dolorosa. All'esame dell'addome si nota una abbondantissima roseola che occupa, oltre a tutto l'addome, buona parte del torace, del dorso e le radici degli arti.

Mattino T. 37°.8. Sera T. 38°.5.

Il giorno 16. — Si pratica la sieroagglutinazione di Widal, che risulta positiva per il bacillo di Eberth 1:600 e per il para A 1:50.

Il giorno 17. — Quasi completamente scomparsa la tumefazione parotidea. Condizioni generali in via di miglioramento costante.

All'esame degli arti si trova: vivi ed accentuati i riflessi degli arti superiori (olecranico e periosteo radiale) specialmente a sinistra. Vivi i riflessi rotulei, sia il rotuleo inferiore di Westphal che il superiore di Gowers-Stembo ed il mediano di Negro, ma nettamente più accentuati a sinistra che a destra. Clono del piede nettissimo a sinistra, appena accennato a destra. Babinski a sinistra. Iperalgesia termica e dolorifica alla gamba sinistra.

Immutati i sintomi di paralisi del facciale inferiore destro.

Nei giorni successivi la febbre va progressivamente cadendo per lisi e dopo un periodo anfibolico appena accennato il 29 scompare del tutto per dar luogo a una regolare e rapida convalescenza; e del pari rapidamente scompare ogni traccia di tumefazione parotidea e migliora rapidamente lo stato generale dell'a. che chiede insistentemente da mangiare.

I su notati sintomi di accentuazione dei riflessi e di clono e di Babinski a sinistra perdurano per qualche dì, poi vanno lentamente regredendo, ma il 28 si nota che il Babinski ed il clono del piede già scomparsi a sinistra, sono comparsi a destra, mentre i riflessi rotulei diminuiscono a sinistra ed aumentano a destra.

Alla fine anche a destra scompaiono il Babinski ed il clono del piede: l'a. si alza e cammina senza lamentare alcun disturbo speciale; non ha nè titubazione, nè atassia, nè rigidità o tremore, nè debolezza particolare o speciali parestesie.

Il 15 ottobre l'a. lascia l'Ospedale in buone condizioni generali, mentre l'esame degli arti dimostra ancora riflessi rotulei vivacissimi ma sensibilmente uguali ai due lati, senza Babinski e senza clono. Permangono ancora lievissimi gli accenni della paralisi inferiore destra facciale.

* * *

Trattasi, come si vede, di un caso di tipo assai atipico e scostantesi dalla forma classica con una curva febbrile che è ben lontana dalla tipica curva termometrica del tifo, affatto privo di sintomi intestinali, e ravvicinantesi ai casi più benigni di quella forma di setticemia tifosa senza localizzazioni intestinali, di quella «tifosi» su cui recentemente insiste Baccarani nel suo bel libro di Clinica Ospitaliera (1).

Non insisto sulla complicazione parotidea unilaterale, localizzazione della setticemia tifosa, che decorse in modo affatto benigno regredendo spontaneamente senza arrivare alla suppurazione manifesta: ciò è stato più volte descritto ed anzi possiamo dire che oggi le parotiti tifose quali le conosciamo attraverso alle descrizioni di Schottmüller (2) e di Jochmann (3) sono rarissime e benigne, in contrapposizione alle descrizioni così pessimiste di Trousseau (4), di Hoffmann (5), di Cruschmann (6) per i quali la parotite tifosa, complicazione non rara dei tifi gravi, 11 % secondo Hoffmann, era di prognosi affatto infausta.

Ma ciò su cui voglio in particolare maniera richiamare l'attenzione è la presenza dei singolari sintomi nervosi.

L'a. si presenta a noi dopo un inizio assai brusco della malattia, con prevalenti sintomi meningei: rigidità della nuca e della colonna vertebrale, Kernig, iperestesia generale sia cutanea che profonda, fotofobia breve e breve dermografismo rosso, cefalea e alternative di stato apatico e depresso con lieve agitazione e delirio, con una temperatura di 38°.8 e polso di 80; tutto parla per una sindrome meningea ed il successivo comparire di una paralisi del facciale inferiore destro suggeriva di pensare a una meningite della base o tubercolare o

sifilitica; ma mentre l'anamnesi e lo stato presente non lasciavano trasparire nulla che parlasse per alcuna delle due suddette infezioni, la puntura lombare ci dava un L. C. R. sotto pressione normale, limpidissimo, che non presentava nè iperalbuminosi nè reazione linfocitaria, non formava ragnatela nè deviava il complemento. Del resto il successivo comparire della abbondantissima roseola unita al criterio epidemiologico ci facevano far diagnosi di ileo-tifo con sindrome meningea, diagnosi che gli ulteriori esami di laboratorio confermarono. La fugacità dei sintomi meningei, il loro inizio precoce, il loro rapido regredire in seguito alla puntura lombare ci facevano escludere la vera meningite tifica; e infine il carattere affatto normale del L. C. R. ci facevano concludere per un puro meningismo: di meningo-tifo non possiamo parlare. Vidi l'a. in 7ª giornata e non ho potuto accertare che prima dell'ingresso all'Ospedale, fin dal suo inizio la malattia si fosse presentata con sintomi meningei.

Ma il decorso successivo dell'a. mi riserbava un'altra sorpresa; mentre la tifosi si svolgeva regolarmente in modo benignissimo, l'esame sistematico dei riflessi ci rivelava segni di una lieve ma netta irritazione dei fasci piramidali: i riflessi rotulei che erano sempre stati vivaci, in 15ª giornata, quando già i sintomi meningei sono svaniti, si fanno vivacissimi sì che oltre al comune riflesso rotuleo inferiore si mettono facilmente in evidenza il superiore ed il mediano ed asimmetrici, risultando la iperriflettività assai più spiccata a sinistra che a destra, e pure a sinistra appaiono un clono del piede ed un riflesso plantare in estensione: tali sintomi perdurano immutati una settimana circa dando un quadro di irritazione del fascio piramidale di sinistra che associato alla paralisi facciale inferiore di destra potè far pensare per un momento a una lesione al III inferiore del ponte, a una sindrome attenuata di Millard-Gübler. Ma poi scompare il Babinski a sinistra, diminuiscono i riflessi a sinistra e dopo un fugace apparire di Babinski e di vivace accentuazione dei riflessi rotulei a destra, tutto rientra nella norma o quasi, sì che l'a. lascia l'Ospedale con dei riflessi rotulei ancora molto vivaci ma senza alcun sintomo obbiettivo o funzionale di lesione nervosa in atto.

Evidentemente si era sviluppata in connessione col tifo una encefalite lieve che decorse dapprima con un quadro di sintomi cerebrali generali (stato depresso-apatico, delirio, riflessi vivaci, ecc.) e con sintomi meningei. Poi diminuisce l'edema cerebrale generalizzato, si demarcano e si localizzano le lesioni, sia che queste consistano in processi infiltrativi parvicellulari o in processi degenerativi riparabili delle grandi cellule piramidali e delle fibre neuroniche dipendenti, e di conseguenza svaniscono i sintomi cerebrali generali ed i sintomi meningei e restano solo i sintomi a carico dei punti lesi: questi vagabondano un poco qua e là a seconda del succedersi delle lesioni e poi svaniscono apparentemente completamente.

Dato l'esito felice del caso in questione, la diagnosi non potè essere confortata dai dati anatomici, ma credo sufficienti i dati clinici per concludere trattarsi di un caso di ileo-tifo lieve a forma setticemica (tifosi) con parotite unilaterale, meningismo ed encefalite lieve.

2 febbraio 1921.

BIBLIOGRAFIA.

(1) U. BACCARANI. *Lezioni di clinica medica ospitaliera*, 1920. Lezione III, pag. 41.

(2) H. SCHOTTMÜLLER. *Die typhosen Erkrankungen in H. Andbuch der innere Medizin von Mohr und Staehelin.* Band. I, pag. 420, 1911.

(3) G. JOCHMANN. *Lehrbuch der Infecktions Krenkhecten*, pag. 29, 1914.

(4) A. TROUSSEAU. Clinica Medica dell'Hôtel-Dieu di Parigi. Traduzione italiana di Perrone e Girone. Napoli, 1870, vol. I, cap. 15, paragrafo 7, pag. 226.

(5) C. E. E. HOFFMANN. *Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen heim Abdominaltyphus.* Leipzig, 1869.

(6) H. CRUSCHMANN. *Der Unterleihtyphus in Spezielle Pathologie und Therapie*, von H. Nothnagel, Band III, Theil I, pag. 189. Wien, 1896.

TERMINOLOGIA MEDICA.

Antonelli (segno di). — Il margine libero ed il tubercolo proprio del naso fanno una sporgenza tale da poter essere toccata a fior di pelle. Avviene un'esostosi di accrescimento del margine e della spina dell'osso nasale, e contemporaneamente una atrofia del periostico e dei comuni tegumenti. Può anche sporgere l'osso unguis. **Eredo sifilide.**

Auricolo-reazione. — Reazione alla tubercolina fatta sulla faccia esterna del padiglione dell'orecchio (porzione orizzontale della docciatura dell'elice), scelta per la povertà del tessuto sottocutaneo. Si fa l'iniezione sottocutanea, dosando la quantità di tubercolina.

Brudzinski (Segni o riflessi di). — 1) Segno controlaterale; nella flessione passiva di uno degli arti inferiori, fatta in modo che la faccia anteriore della coscia appoggi sulla parete addominale, si osserva un movimento riflesso della coscia dell'altro lato; 2) Segno della nuca: La flessione passiva del collo provoca un movimento di flessione negli arti inferiori. Tanto l'uno che l'altro si trovano nelle forme meningee; quello della nuca sarebbe più precoce e costante del Kernig.

CONFERENZE.

Sui principî cardinali nella pratica cardiologica.

(THOMAS LEWIS. *Brit. Med. Journal*, n. 3070).

Per molti anni dopo le scoperte di Laënnec i toni e i rumori di soffio hanno ricevuto un'attenzione straordinariamente minuta; più recentemente uno studio similmente intenso si è rivolto ai metodi di percussione; e ancora più recentemente una serie di apparecchi sono stati ideati e hanno provocato un'enorme congerie di pubblicazioni. È lontano il giorno in cui uno studioso di medicina generale poteva tenersi al corrente con la letteratura contemporanea.

Parallelamente a questo progresso sono stati introdotti nuovi termini, mentre i termini vecchi hanno mutato significato; intiere dottrine sono state distrutte. Il tempo per le esperienze e per riflettere si è abbreviato o è scomparso; la mente è confusa da un flusso sempre crescente di nuove idee e di nuove ipotesi.

Nel discutere i problemi diagnostici e prognostici alcune questioni spiccano: secondo l'A. delle molte idee prevalenti alcune non sono più a lungo accettabili: egli si propone di discutere alcune di esse più importanti, ma l'oggetto principale della sua conferenza è d'indicare ciò che egli considera come essenziale non nel lavoro d'indagine sopra le cardiopatie, ma sul trattamento rutinario di pazienti non scelti. Per semplificare egli si limiterà alle malattie croniche e alle forme più comuni.

LA DIVISIONE DELLE CARDIOPATIE IN ORGANICHE E FUNZIONALI.

La vecchia idea di dividere le cardiopatie inorganiche e funzionali ha preso uno sviluppo eccessivo occupando un posto predominante specialmente durante la guerra. E poichè una buona classificazione deve servire e non dominare, il fatto è divenuto dannoso, specialmente per l'inesattezza della sua terminologia.

La domanda che più spesso l'A. si sente rivolgere è la seguente: V'è o non v'è una malattia organica? La risposta dovrebbe essere sì o no; l'A. si rifiuta di porla.

Il significato del quesito sembra chiaro: poichè la malattia organica è quella in cui vi è un'alterazione strutturale, si tratta di sapere se questa esiste nel caso in questione. Ma tale significato non è nè chiaro nè utile; poichè mentre si chiedono se esistono o no alterazioni di struttura, la risposta è interpretata come « grave » o « banale ». Ora non si è mai dimostrato, nè si dimostrerà mai che delle affezioni in cui il cuore è sospettato ma che non sono accompagnate da segni di malattia strutturale siano di importanza banale. Se non vi sono tali alterazioni del cuore, è vero di solito che il disturbo cardiaco non è grave, ma ciò non significa che la malattia di cui il paziente soffre non sia grave ed anche estremamente grave. Il cuore è un indicatore assai sensibile della salute, e malattie che in passato furono largamente considerate come banali (funzionali) in quanto primariamente cardiache, sono quasi certo disturbi del cuore secondari a un'affezione d'altra sede.

Una profonda conoscenza di queste affezioni che disturbano ma non ledono il cuore è essenziale nell'esaminare dei supposti cardiaci, dei quali nei tre quarti almeno l'affezione cardiaca non è la primitiva, ma solo spicca di più, così da richiamare un'attenzione quasi esclusiva, così da far trascurare intieramente qualche piccolo segno di un'affezione in altra sede. Sia regola generale nell'esaminare un supposto cardiopaziente di procedere a un esame completo dell'intiero organismo.

Il quesito: « V'è o no una malattia organica? » non è un quesito necessario. All'individuo, allo Stato, se essi sono saggi, importa poco che vi siano o no alterazioni strutturali del cuore.

Analogamente: se un uomo ha una cicatrice cutanea sulla gamba e presenta questa gamba per essere esaminata chi si cura se la cicatrice costituisce una malattia strutturale? Un soggetto può avere una cicatrice simile nel suo pericardio o sul bordo della sua valvola mitrale, una cicatrice guarita che non gli ha dato e non gli darà mai disturbi fino a che un medico non gliene scopre i segni e non gliene travisa il significato. Quando vediamo la cicatrice sulla gamba, ciò che desideriamo conoscere è come la gamba lavora: quando troviamo nel cuore dei segni che possono indicare in esso una cicatrice, ciò che occorre indagare è come questo cuore compie il suo lavoro: questa è la considerazione importante.

Si pensi a ciò che accade rispetto al soffio sistolico e al suo significato. La percezione di esso poco o nulla ci dice sulla capacità del soggetto al lavoro, sull'opportunità di consigliarglielo, poco o nulla ci informa sulla sua vita avvenire. Si esamini una serie di giovani sani non come è l'abitudine mentre sono a riposo, ma dopo pochi minuti di un esercizio discretamente faticoso: si scoprirà che il cuore sano non è sempre così silenzioso nei suoi movimenti come si era pensato e ci si persuaderà che soffi sistolici dolci o rugosi sono fenomeni naturali quando l'organo è accelerato dall'eserci-

zio; si troveranno in questi soggetti precisamente i segni che sono stati largamente usati durante la guerra ed ora per il conferimento delle pensioni, come segni evidenti di cardiopatia organica.

D'altro lato degli individui che sono effettivamente disturbati per qualunque esercizio ma che non presentano segni cardiaci all'infuori di uno stato supposto « funzionale » sono trattati superficialmente. Migliaia di essi furono, non saggiamente, reclutati; in migliaia tali sintomi si svilupparono durante il servizio e a questo secondo gruppo appartengono molti che considerati oggi come « funzionali » soffrono tutte le conseguenze di questo termine.

MALATTIE VALVOLARI.

In qualunque trattato, vecchio o moderno, di medicina generale, un sottogruppo di malattie strutturali che riceve una particolare considerazione è quello delle malattie valvolari. Chiedendo ad un medico pratico quali siano le varietà di cardiopatie croniche, la enumerazione sarà quasi sempre la stessa; l'insufficienza aortica, la stenosi aortica, l'insufficienza mitralica, la stenosi mitralica, dominano la sua mente nell'ospedale e nella clientela. Ora tali condizioni non sono per nulla delle malattie, ma descrizioni di ciò che sussiste in due degli orifizi valvolari. Se io vi dico di avere in cura un paziente d'insufficenza mitralica, voi non potete immaginare se esso segue le sue quotidiane occupazioni o se è moribondo; non potete dire se il suo avvenire nella vita è buono o cattivo; non potete giudicare se esso richiede trattamento o no. « Insufficienza mitralica » costituisce una diagnosi solo per abitudine. Le stesse osservazioni possono applicarsi agli altri termini.

Tale disgraziatamente è la concezione dominante nella maggior parte dei medici per i quali la diagnosi della lesione valvolare è ciò che preme di più. Quanto spesso si esprime stupore quando un soggetto viene all'esame o all'autopsia con idrope o con un cuore assai ingrandito e senza lesione valvolare: il ripetersi di una tale sorpresa è in se stessa notevole. Eppure una grave lesione del cuore senza lesione valvolare è estremamente comune nel vecchio e lo è abbastanza anche nel giovane.

Un altro grave equivoco è prodotto da questa eccessiva importanza data alle lesioni valvolari: i termini « doppio vizio aortico », « doppio vizio mitralico » fanno insorgere il concetto di una duplice malattia, fanno sospettare una prognosi grave. In realtà si tratta di una malattia unica; e la presenza o l'assenza di una stenosi in un soggetto che presenti insufficienza, non è affatto un elemento che oscura la prognosi, ma un punto assai secondario. È un'opinione dovuta a mancanza di riflessione.

Comunque sia dal punto di vista prognostico che terapeutico l'accertare l'esistenza di lesioni della valvola aortica o mitralica, ha notevole importanza: specialmente due di esse e cioè l'insufficienza aortica e la stenosi mitralica. Se poi sull'aorta accanto all'insufficienza riconosciamo la stenosi, se sulla mitrale accanto alla stenosi troviamo l'insufficienza, ciò ci fa poco progredire. La diagnosi di stenosi aortica poi, senza i segni di insufficienza fuoriesce dal campo della pratica generale mentre quella dell'insufficienza mitralica senza la stenosi presenta difficoltà considerevoli.

In breve, nelle cardiopatie croniche con lesione valvolare vi sono solo due condizioni che valga la pena di diagnosticare, la insufficienza aortica e la stenosi mitralica: fortunatamente esse presentano segni di natura non equivoca.

L'importanza relativa di queste malattie deve essere considerata da un secondo punto di vista. Quando sappiamo che esiste una corrente reflua dall'aorta al ventricolo, ovvero che la corrente è ostruita fra l'orecchietta e il ventricolo sinistro, noi abbiamo imparato qualche cosa sull'extra-lavoro a cui il muscolo cardiaco è sottoposto. Tuttavia questa cognizione è sorpassata da un'altra conclusione che può essere formulata per la pratica: cioè che il cuore *in toto* è stato esposto ed ha probabilmente sofferto danni. V'è qualche eccezione a questa regola, ma è relativamente rara. Uno dei modi più sicuri per diagnosticare un miocardio difettoso, è di diagnosticarlo in coloro che presentano una stenosi mitralica o una malattia aortica, e solo perchè esistono queste lesioni valvolari.

È convinzione dell'A. che se i soffi sistolici e le modificazioni dei toni cardiaci non fossero mai stati scoperti, la pratica medica starebbe oggi a un livello assai più alto: come oggi questi sintomi sono usati essi producono assai più danno che vantaggio; non sono inutili ma frequentemente fraintesi; il loro valore è limitato.

La prognosi nelle cardiopatie è oggi pietosamente inaccurata; ciò è ammesso quasi da tutti, ma pochi sanno che non è difficile ottenere una maggiore accuratezza: i principi generali e i fatti fondamentali si sono perduti di vista in una nube di relative banalità. L'argomento è cresciuto disordinatamente in complessità e i confini ne sono divenuti evanescenti.

I sintomi che possono far prognosticare possono essere rilevati al letto del malato con dei mezzi semplici e il complicato strumentario

odierno è meglio che venga lasciato da parte piuttosto che adoperato senza competenza. Il rimedio che solo rimane al medico pratico al giorno d'oggi, è semplice ma drastico: consiste nel fissarsi su alcuni punti cardinali, studiarne seriamente il valore e prenderli a base del lavoro giornaliero, consiste nell'adottare uno schema semplice ed ampio e divenirne padrone coll'applicazione quotidiana; nel lavorare solo con quegli strumenti che sono sempre alla mano e famigliari, nel divenire esperto nell'uso di mezzi semplici, piuttosto che adoperare strumenti complicati, che sono totalmente o parzialmente fuori della comprensione generale; nel partire da una base sicura e costruire su di essa lentamente e con solidità.

ESAME DELLE CARDIOPATIE CRONICHE.

Veniamo a ciò che l'A. chiama i *punti cardinali* dell'esame quotidiano dei cardiaci.

1° SINTOMI DEL DEFICIT CARDIACO. — Si suddividono in due categorie:

a) I segni precoci di alterazioni del circolo. — Sono costituiti dai sintomi che producono malessere con l'esercizio ed i principali sono: fatica fino ad esaurimento, affanno e dolore.

Conoscere la tolleranza al lavoro fisico è fare già la metà del cammino per giungere a un corretto apprezzamento del caso. Non ci si deve limitare all'innalzamento o all'abbassamento della frequenza del polso o della pressione: ciò impedirebbe di apprezzare l'essenziale, che è la quantità di lavoro che può essere intrapreso senza malessere. Questo metodo è straordinariamente importante e da solo ha maggior valore che tutti gli altri punti cardinali sui quali ci intratterremo: nessun paziente che abbia una tolleranza normale all'esercizio, può avere una grave cardiopatia, e la gravità della malattia, in una serie di cardiaci, è proporzionale al grado di disturbo prodotto da una data quantità di lavoro, assai più che a qualunque altro fenomeno osservabile che sia a nostra conoscenza;

b) I segni di deficit cardiaco del tipo congenito. — Basterà accennare alla cianosi e all'ingorgo delle vene del collo e del fegato. La tolleranza all'esercizio non è mai normale o quasi normale quando questi segni sono presenti. Essi sono segni tardivi e compaiono quando la malattia è a un grado avanzato.

2° I SEGNI DELL'INGRANDIMENTO DEL CUORE, prescindendo dalla differenziazione fra dilatazione e ipertrofia. — Mancandogli il tempo, l'A. accenna solo che a questo riguardo la palpazione ha maggiore valore dell'ispezione o della percussione.

3° SEGNI DI VIZIO VALVOLARE. — Fondamentalmente essi comprendono: *a)* i segni dell'insufficienza aortica e *b)* quelli della stenosi mitralica.

4° LA PRESENZA O L'ASSENZA DI FIBRILLAZIONE AURICOLARE. — Se il cuore batte irregolarmente deve accertarsi se esiste fibrillazione dell'orecchietta. A questo scopo poche e semplici prove sono quasi sempre sufficienti:

a) Se v'è costante accelerazione del polso durante un'inspirazione profonda, la fibrillazione manca;

b) Se il cuore batte a 120 o più, o può esser portato a una tale frequenza con qualche mezzo, *mentre il polso rimane irregolare*, la fibrillazione è quasi certamente presente.

Tali prove non sono esaurienti ma bastano per gli scopi pratici. I rimanenti disordini del ritmo o per la loro relativa rarità o perchè il loro significato nel trattamento è assai minore, non possono essere considerati come cardinali.

5° INFEZIONE. — Un esame non sarà completo se non si considererà con accuratezza la presenza o l'assenza di infezione. I segni principali sono:

a) Pallore, che ha speciale valore nei casi di malattia aortica;

b) Ingrossamento palpabile della milza, che non indica sicuramente un ingorgo dei visceri, ma è di solito nelle cardiopatie un segno di infezione attiva delle valvole;

c) La presenza di piccole *emorragie petecchiali* sulle mucose e alla base del collo: esse sono assai più frequenti che non si sospettasse sin qui e vanno accuratamente ricercate;

d) Le dita a bacchetta di tamburo che quando sono di lieve grado accompagnano più spesso l'endocardite infettiva che un ingorgo venoso;

e) La presenza di *febbre* costante o saltuaria;

f) Una *frequenza del polso* costantemente sopra 90 o 100 mentre il soggetto è a riposo;

g) Una graduale ma forte *perdita di peso.*

I segni da *a)* a *e)* sono più specialmente d'endocardite infettiva, affezione che nelle sue forme subacuta e cronica è molto più diffusa che non si creda comunemente, ed è l'accidente terminale di una buona percentuale dei casi d'insufficienza aortica o di stenosi mitralica; i segni *f)* e *g)* sono sostenuti da intossicazione.

6° Accertata l'esistenza di una malattia deve esserne presa in considerazione l'*etiologia.* Questa può essere reumatica, sifilitica o di altra origine infettiva, ovvero risultare da alterazioni senili: comunque l'etiologia non influisce considerevolmente sulla prognosi e sul trattamento.

***

Sono questi per il cardiologo inglese i punti cardinali, poichè la grande maggioranza delle cardiopatie croniche può essere apprezzata efficacemente e sufficientemente sulla loro base. Il loro valore è difficilmente esagerato. Abbiamo detto che un paziente che possieda una capacità normale all'esercizio, non può avere una grave cardiopatia: se la sua tolleranza è normale, ma presenta ingrandimento del cuore, stenosi mitralica o malattia aortica, non v'è motivo di preoccupazioni immediate. In rarissimi casi si può vedere una fibrillazione auricolare o una malformazione congenita, in soggetti in cui l'esercizio non provoca disturbo notevole: ma anche qui la prognosi è favorevole. Se un soggetto non presenta alcuno dei segni riuniti nei primi tre paragrafi, cioè disturbo all'esercizio, ingrandimento cardiaco e segni di malattia aortica o mitralica, si avrà ragione di dirgli che il suo cuore è sano: eccezioni si potranno solo avere nei rari casi di fibrillazione auricolare e di vizio congenito in quelli già riferiti e in quelli, anch'essi rari, di tachicardia parossistica.

In breve, i primi tre punti cardinali sono quelli che dominano; gli altri tre assumono un'importanza cardinale quando sulla base di uno o più dei tre punti precedenti una cardiopatia è stata già diagnosticata.

ALCUNI PRINCIPÎ GENERALI DI TRATTAMENTO.

Il principio cardinale consiste nel regolare conseguentemente gli sforzi fisici a cui è sottoposto l'organo. Quando nelle forme più lievi di malattia la capacità all'esercizio è inalterata, non è il caso di decurtare le energie del paziente; ma se si è potuto giudicare che la malattia ha limitato il potere di riserva del cuore, l'attività del soggetto deve essere controllata in modo che non produca sintomi di malessere. Non si può dare una regola generale: a volta a volta sarà proibito quel tipo di attività che si constati produca disturbo. La presenza di sintomi in un cardiopaziente mentre sta in piedi, a riposo o fa lievi movimenti, è la prima e capitale indicazione del trattamento a letto. Se poi anche a letto si presenta affanno, si tratta di casi gravi ed è consigliabile di provocare in essi delle lunghe ore di sonno.

Vi sono tre indicazioni per il trattamento a letto: la prima e più importante è stata già indicata e consiste nella presenza di malessere per un lieve cammino o anche per innalzare ripetutamente un piede; la seconda consiste nella presenza di un'infezione in atto; e la terza nell'essere richiesto contemporaneamente il trattamento con una medicina del gruppo digitalico.

Quanto alla *digitale* il suo principale potere consiste nel diminuire la frequenza ventricolare, diminuendo così la fatica del cuore nei casi in cui è presente fibrillazione auricolare. Ogni ciclo ventricolare dura 1 secondo circa, di cui 1/3 è occupato dalla sistole e 2/3 dalla diastole: il cuore lavora per un periodo e riposa per due. Ma se la frequenza è di 120 al minuto, ogni ciclo dura 1/2 secondo e rispettivamente la sistole e la diastole 1/4 di secondo: lavoro e riposo si alternano a periodi uguali. Aumentando la frequenza dei battiti, ciò avviene a spese della diastole; è quindi importantissimo ridurre la frequenza del cuore quando è eccessiva.

La riduzione della frequenza ventricolare accelerata è la sola azione importante della droga sul cuore umano, che noi conosciamo. All'infuori di questa sono rarissimi, se pure esistono, i casi in cui la digitale produce beneficio. Principio della terapia digitalica (e parlando di digitale noi vi includiamo i farmaci dello stesso gruppo: strofanto e scilla) consiste nel dare riposo al cuore. Ma il somministrarla indifferentemente a tutti i cardiaci è da deplorare. Considerare la digitale come uno stimolante cardiaco, è un errore; essa non è un tonico ma un ipnotico per il cuore: essa allunga la diastole, aumenta il periodo di riposo.

Un altro punto importante nel trattamento delle cardiopatie croniche, consiste nel fissare il futuro tenore di vita, specialmente nelle classi lavoratrici. Molti cardiaci lasciano l'ospedale dopo un periodo di riposo durante il quale hanno ottenuto un notevole miglioramento; ma questi pazienti sono troppo spesso ancora totalmente incapaci di riprendere lo stesso lavoro che essi compivano prima. Sarebbe quindi buon avviso, di far loro intraprendere un lavoro più leggero, ma quanto spesso tale consiglio è seguibile dal paziente? quante volte il medico è in grado di accertarsi che il suo consiglio è stato seguito? Entriamo qui in un vasto campo di medicina sociale; speciali istituzioni dovrebbero interessarsi a questo grave problema.

Il lavoro può non esser dannoso ai cardiaci, può essere anzi benefico purchè nei limiti della forza di riserva del cuore. Argomento importantissimo questo, e a cui la pratica ospedaliera odierna s'applica poco, di saggiare la capacità di lavoro di un uomo prima che ritorni alla sua casa. Non è sufficientemente compreso che la dimissione dall'ospedale è da molti interpretata come una sanzione per ritornare al vecchio lavoro.

Infezione. — Poichè questa è la causa principale di cardiopatie, l'arrestare il progresso di queste col rimuovere la causa, è un principio fondamentale. Il trattamento di lesioni sifilitiche precoci con misure appropriate è un campo ancora poco esplorato, ma fertile di promesse. Il trattare drasticamente le invasioni locali di microrganismi piogeni, costituisce una chiara indicazione di provato beneficio in molti casi. Anche più importante è la prevenzione contro l'infezione: si tengano presenti i pericoli che si possono avere per contatto con malati delle vie respiratorie nell'ambiente famigliare, in fabbricati affollati e in camere mal ventilate, con la prescrizione del regime all'aria aperta, e nei casi costretti a letto, con la rigorosa separazione dai malati febbrili.

A. SEBASTIANI.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le forme benigne degli itteri infettivi primitivi.

(GARNIER e REILLY. *Revue de Médecine*, n. 7-8, 1920).

Già Trousseau con l'aforisma «*l'ittero è come il versamento pleurico: non si può mai dire come potrà terminare*» metteva in evidenza l'erroneità della classificazione degli itteri secondo il carattere evolutivo, in itteri semplici e itteri gravi. Grellety nel 1873 descriveva gli *itteri pseudo-gravi*, Landouzy nel 1883 il *tifo epatico*, Chauffard l'*ittero infettivo*, Mathieu gli *itteri a ricadute*. La nozione di ittero infettivo veniva così posta, ma rimaneva imprecisa poichè sfuggiva il fattore etiologico.

Venne la scoperta della Spirocheta icteroemorragica, che gli autori giapponesi dimostrarono esser la causa costante della sindrome di Mathieu o di Weil non solo, ma anche di alcuni itteri gravi, di molti itteri infettivi benigni ed anche di itteri catarrali. L'antica classificazione degli itteri rovesciata, Garnier e Reilly, basandosi su 1300 osservazioni, cercano di tracciare i limiti fra la spirochetosi da una parte, l'ittero acuto apiretico ed alcuni itteri infettivi benigni di origine indeterminata dall'altra.

LE FORME ATTENUATE DELLA SPIROCHETOSI ITTERIGENA.

La spirochetosi itterigena può avere sintomi meno accentuati dei normali. Vi è allora febbre modica che scompare definitivamente quando compare l'ittero: spesso, dopo vari giorni di apiressia, per due o tre giorni si ha 37°-6, 37°-8. Tutti gli altri sintomi sono anche attenuati: ittero, vomito, erpete.

In molti casi i sintomi sono così lievi che la diagnosi può essere fatta solo nel laboratorio, cioè dalla constatazione del parassita nelle urine e dalla produzione di ittero nelle cavie cui si inietti tale urina: altro dato importante per la diagnosi delle forme fruste è il dato epidemiologico. Risulta evidente la difficoltà di diagnosi di tali forme attenuate di spirochetosi; clinicamente la vera natura della malattia può esser solo sospettata; batteriologicamente non può esser affermata che dopo ricerche minute il cui negativo risultato non permette però di escludere in modo assoluto l'etiologia spirochetica.

L'ITTERO ACUTO APIRETICO.

Benchè a prima vista parrebbe logico far rientrare nel quadro della spirochetosi anche gli itteri acuti apiretici in cui l'esame delle urine e del sangue fosse negativo per la spirocheta d'Inada, purtuttavia gli AA. hanno osservato che la maggior parte dei casi d'ittero acuto apiretico si aggruppano in focolai ben distinti da quelli spirochetotici, con ben differente ciclo.

Stabilita quindi l'individualità della forma in questione, i caratteri vengono fissati in tal modo: ittero, generalmente intenso; assenza di cefalea e dolori mialgici; urine cariche di pigmenti e sali biliari; feci decolorate. Stato generale eccellente: temperatura normale, intorno ai 37°; lieve febbricola all'inizio.

Fegato di volume normale: lievemente dolente in corrispondenza della regione della vescicola. Polso spesso rallentato. Raro il prurito.

Data tale sintomatologia, questa malattia potrebbe esser considerata come un'affezione locale delle vie biliari ed attribuibile ad un'obliterazione dei dotti: ma oltre il fatto che non esiste l'ostruzione, l'analisi esatta dei sintomi mostra che non si può invocare questa per spiegare l'itterizia.

In genere l'affezione evolve senza incidenti; complicazioni talora osservate sono: l'anemia e l'infezione secondaria delle vie biliari.

Quest'ultima non si mostra generalmente che nei casi in cui l'ittero assume una grande intensità: spesso è rappresentata solo da isolati rialzi termici, altre volte la febbre persiste per molti giorni e se è scomparsa nel momento in cui i tegumenti erano divenuti normali, si vedono questi di nuovo ingiallirsi.

Una varietà particolare dell'ittero acuto api-

retico è dagli AA. chiamato *ittero recidivante*: l'ittero ricompare poco tempo dopo una prima *poussée* itterica guarita. Si tratta in tal caso di recidiva, cioè di una nuova infezione comparsa in pazienti del tutto guariti, o bisogna ammettere che il primo periodo morboso è stato insufficiente ad immunizzare l'organismo e quindi, senza nuovo contagio, l'agente patogeno ancora sconosciuto, rinnovata la sua virulenza, ha determinato una reazione itterigena? ossia si tratta qui di recidiva o di ricaduta?

I casi simili osservati dagli AA. non sono i soli: Chauffard cita infatti il caso di un malato che in cinque anni presentò quattro attacchi di ittero acuto febbrile, senza alcun segno di litiasi.

La diagnosi differenziale dell'ittero apiretico con le forme attenuate della spirochetosi itterigena è facile: si può dire che ogni ittero acuto senza elevazioni febbrili, con buono stato generale, con intensa colorazione dei tegumenti e delle mucose, non rientra nelle spirochetosi.

L'anamnesi ci fa distinguere l'ittero dei sifilitici trattati con arsenobenzoli: l'esame obiettivo, l'ittero secondario della sifilide.

Per la natura della malattia in discorso, Garnier e Reilly ritengono trattarsi di una entità morbosa speciale la cui univoca causa ci sfugge ancora, anzichè di una sindrome dovuta a germi vari di virulenza attenuata.

La prognosi, fatta riserva per possibile infezione secondaria delle vie biliari, è essenzialmente benigna: tale benignità anche nei casi in cui l'ittero è intenso, mostra che non può spiegarsi la colemia e l'ittero con l'insufficienza epatica: se l'ittero fosse dovuto all'incapacità del fegato di sottrarre i pigmenti biliari al sangue, la sua intensità implicherebbe l'esistenza di un disturbo profondo della funzione epatica. Ora, l'evoluzione della malattia, l'analisi delle urine, la conservazione delle funzioni digestive, provano che la ghiandola epatica non viene meno al suo compito. Dobbiamo quindi attribuire in questi casi l'ittero ad un disturbo dell'escrezione della bile, che viene a trovarsi deviata nel torrente sanguigno nel mentre la stessa secrezione cellulare è normale od anche esagerata.

GLI ITTERI INFETTIVI BENIGNI D'ORIGINE INDETERMINATA.

Ma non tutti i casi di itteri infettivi benigni rientrano nelle forme attenuate di spirochetosi, o negli itteri acuti apiretici, e nemmeno nelle infezioni tifiche o paratifiche con ittero.

Gli AA. hanno infatti notato nei loro casi il 5 % di forme indeterminate: sono queste forme con speciali caratteri clinici.

La malattia inizia con febbre, senso di stanchezza, disturbi gastrointestinali: mancano le mialgie.

Quando appare l'ittero, la temperatura è elevata nè si abbassa rapidamente a mano a mano che si sviluppa l'ittero, come avviene nella spirochetosi, ma si attenua lentamente e non ridiviene normale che in una settimana: le feci sono scolorate, nelle urine vi sono pigmenti e sali biliari.

Non di rado sulla pelle compaiono macchie rosse disseminate irregolarmente. Lo stato generale poco colpito. Non si nota un rialzo della temperatura una volta che questa è tornata alla norma. Certo è che nessuno di questi caratteri ha valore probativo, ed in presenza di un ittero acuto ad inizio febbrile la diagnosi più probabile deve essere sempre quella di spirochetosi: il laboratorio dando dei risultati negativi alle diverse prove farà scartare tali ipotesi.

L'ITTERO EPIDEMICO E CONTAGIOSO.

Durante la guerra sono state segnalate nell'Europa Orientale e nel Cadore (da Bompiani e Jovene) epidemie di speciale ittero: dopo un'incubazione variabile dai 4 ai 7 giorni la malattia inizia con brivido, febbre, vomito: talora costipazione, tale altra diarrea, dolori epigastrici. L'ittero compare verso il terzo o quarto giorno: la febbre mantenutasi fino allora modica, cade completamente. Le urine contengono pigmenti biliari, urobilina, spesso albumina: le feci per lo più scolorate.

Il polso rallentato; raro il prurito; spesso urticaria. Il malato si lamenta di dolori epigastrici risvegliati dall'ingestione di alimenti. La milza è aumentata di volume: il fegato deborda alcune dita dall'arco costale. La durata di tali itteri è breve: ma, anche scomparso l'ittero, persiste l'astenia ed il dimagramento.

Nelle forme attenuate la malattia si riduce ad un leggero ittero congiuntivale con senso di stanchezza e qualche disturbo digestivo.

Quel che caratterizza la malattia, è il carattere epidemico che ha e la sua rapida diffusione: ai Dardanelli in un mese furono inviati all'ospedale di Lemnos 1200 casi. Cantacuzène dice che nell'armata romena la malattia comparve in focolai isolati nel maggio 1917, poi dilagò come una vera inondazione, e verso agosto colpì anche gli abitanti delle città e campagne.

La disseminazione sembra farsi per mezzo dell'uomo, portatore di germi, malato o convalescente. Cantacuzène attribuisce tale ittero ai bacilli paratifici. È probabile che questi bacilli non siano la causa della malattia, ma debbano esser considerati come germi di infezioni secondarie, alla stessa guisa che il *Bacillus icteroides* di Sanarelli, identificato poi con il bacillo paratifico B, non è la causa della febbre gialla.

C. S. Martin e gli AA. sono del parere che l'ittero epidemico e contagioso è una malattia autonoma, dovuta ad un germe non ancora determinato.

CONCLUSIONI.

Da quanto è stato detto, è chiaro che la nozione di specificità microbica non sembra dominare la classificazione degli itteri infettivi.

Per molto tempo, partendo dall'ipotesi che la maggior parte dei germi sono capaci di dar luogo ad ittero, si è creduto vedere nelle diverse modalità di ittero acuto la conseguenza di una virulenza microbica più o meno esaltata, o di una resistenza organica più o meno valida.

La scoperta della *Spirochaeta icterohemorragiae* in uno con lo studio clinico rigoroso degli itteri acuti non autorizza più questa concezione: ma sembra dimostrato però che tal germe non può determinare tutte le varie specie di ittero acuto. — La nozione eziologica trionfa anche per la sindrome itterica, nella moderna concezione della patologia: a misura che l'osservazione medica, prima limitata ai sintomi, arriva a penetrare l'origine stessa del male, le classificazioni si trasformano, ed a una sindrome primitivamente isolata si sostituisce l'entità morbosa, individualizzata dalla sua causa. MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Il trattamento chirurgico dei tumori maligni della vescica.

(E. S. JUDD e W. E. LISTRUNK, Rochester. *The Journal of the American medical Association*, novembre 1920, n. 21).

Il più grande pericolo del trattamento radicale dei tumori maligni della vescica è l'infezione del campo operatorio. Nella maggioranza dei casi l'orina contiene microrganismi, v'è cistite e spesso pielonefrite. Queste condizioni non sono solo pericolose per sè stesse e per il pericolo che si aggravino, ma anche perchè espongono all'infezione il campo operatorio. La regione nella quale si trova la vescica è difficile a cura drenata; la tecnica della resezione richiede grandi incisioni e un'ampia protezione delle strutture esposte.

La resezione della vescica è la più difficile tra le resezioni dei visceri; prima di tutto a causa della vicinanza del pube il quale ostacola l'esposizione del campo operatorio e poi perchè la vescica non è coperta di peritoneo. La vescica è più o meno fissa nella pelvi e le incisioni nelle sue pareti non guariscono con la stessa rapidità e sicurezza di quanto avvenga nei visceri che sono coperti da peritoneo.

I tumori maligni della vescica sono o epiteliomi papillari o carcinomi.

I tumori papillari possono essere benigni o maligni e in qualche caso differenziarli è veramente difficile. Tali tumori producono gli stessi segni e hanno le stesse apparenze cistoscopiche. L'importanza della diagnosi tuttavia è grande perchè è universalmente riconosciuto che i tumori benigni guariscono con la folgorazione mentre meglio è trattare i tumori maligni con la resezione. Nei casi incerti, se il tumore è piccolo, meglio è cominciare la folgorazione; spesso mediante essa si svela la natura del papilloma, perchè i papillomi maligni invece di andar scomparendo sembrano esser stimolati all'accrescimento. In questi la folgorazione non deve esser continuata.

I cancri della vescica sono di due tipi: in uno l'ulcera neoplastica ha tendenza a diffondersi superficialmente sulla mucosa vescicale e raramente penetra nelle pareti vescicali; nell'altro un grosso cancro duro e ulcerato penetra gli strati muscolari della vescica e spesso invade il grasso perivescicale. L'ulcera carcinomatosa superficiale somiglia l'epitelioma delle labbra; cresce lentamente e lentamente dà metastasi: l'escissione completa dà risultati buoni.

L'ulcera cancerosa penetrante somiglia alla comune ulcera cancerosa del retto. Anche quando l'ulcera è piccola e sembra di sviluppo recente ha già penetrato le pareti vescicali e invaso i tessuti vicini. La profondità dei tessuti interessati è spesso più grande dell'estensione dell'ulcera sulla mucosa. Malgrado l'estensione tuttavia la diffusione ai linfatici e le metastasi sono relativamente tardive.

S'è già notato che il cancro della vescica invade i tessuti perivescicali molto prima che esista alcun segno di metastasi. Ciò fu confermato largamente dall'esperienza degli autori. In parecchi casi nei quali furono eseguite necropsie, si trovò che la morte era dovuta a degenerazioni carcinomatose locali e a infezione e non a metastasi. In solo pochi casi fu necessario abbandonare l'operazione radicale per-

chè erano invasi i gangli iliaci. È almeno consolante per chi esegua operazioni di tumori vescicali il sapere che la probabilità di metastasi lontane è scarsa; questo fatto giustifica l'indirizzo verso la terapia radicale.

Mentre le recidive locali sono rare dopo operazioni per cancro del seno, dello stomaco e dei reni, esse sono frequenti dopo operazioni per il cancro della vescica. Se si potesse trovare qualche mezzo per ridurre le recidive locali in questi casi, i risultati sarebbero migliori di quelli ottenuti nei cancri di altre regioni.

L'operabilità del cancro della vescica deve esser decisa prima di tutto dopo aver avuto la certezza di poter evitare le metastasi lontane. Se il tumore è aderente al retto o è una massa dura e fissa interessante la base della vescica, la prostata e le vescicole seminali, sarà meglio non tentare l'operazione.

Cistoscopicamente è spesso difficile a determinare l'estensione del neoplasma, perchè spesso si hanno emorragie e incrostazioni. Specialmente difficile è giudicare l'operabilità dei grandi epiteliomi papillari; la sede del tumore è spesso un fattore determinante. Se è affetta la regione dello sfintere è meglio non operare, a meno che non si tratti di casi speciali nei quali sembri concessa l'asportazione di tutta la vescica. Se va perduto il controllo sfinterico il paziente incontrerà grandi difficoltà a tollerare l'incontinenza.

Tra i tumori meno operabili sono quelli del collo vescicale. Circa il 90 % di tutti i tumori della vescica originano vicino ai meati ureterali; spesso il meato è interessato e l'uretere è in parte o del tutto bloccato. L'uretere di solito non è interessato che al meato. Se può esser stabilito che il rene funzioni ancora si deve fare ogni sforzo per reimpiantare l'uretere nella vescica. Ciò fu eseguito più volte dagli AA. con risultati buoni anche funzionalmente.

Se il rene funziona poco o nulla basta legare l'uretere e abbandonare il moncone legato nella sua sede. Questo procedimento non reca ordinariamente inconvenienti; però se il rene è infetto, si può esser più tardi obbligati ad asportarlo.

I tumori che danno i risultati migliori sono quelli della volta vescicale. Il peritoneo, se il tumore è penetrato attraverso tutte le pareti vescicali, deve essere escisso nel tratto corrispondente al tumore.

Dal 1910 al 1919 sono stati operati nella Mayo Clinic 202 pazienti con una mortalità postoperatoria del 12.9 %. Negli ultimi anni la mortalità è stata minore che nei primi. Il miglioramento si è avuto preparando all'operazione i pazienti seguendo criteri analoghi a quelli che si seguono per la prostatectomia. Se v'è orina residua e infezione vescicale o renale è bene eseguire cateterismi ripetuti o permanenti per qualche tempo.

Attualmente la mortalità è del 10 %.

Numerosi sono i pazienti che si possono considerare guariti, essendo in buone condizioni da parecchi anni dopo l'intervento. Dopo di esso i pazienti debbono essere sorvegliati a lungo e si deve aver cura delle granulazioni che appaiano nella vescica. Alcune di esse sembrano recidive e forse lo sono. Esse vanno curate con la folgorazione. I pazienti debbono essere riesaminati di tempo in tempo per almeno due anni e in seguito appena compaia qualche disturbo. La massima parte delle recidive si ha nei primi mesi. Le statistiche mostrano che, se i pazienti sopravvivono per il primo anno, le probabilità della guarigione definitiva sono grandi.

Per quel che riguarda la cura col radio e con la folgorazione, gli AA. ritengono che il radio sia vantaggioso sui tumori inoperabili e che esso debba esser applicato direttamente sul tumore o entro il tumore reso accessibile mediante cistostomia. La folgorazione è indicata per i tumori benigni.

Nei tumori maligni che non siano oltre i limiti delle possibilità di estirpazione il miglior trattamento è quello chirurgico.

EGIDI.

NEUROLOGIA.

Le sindromi anatomo-cliniche del corpo striato.

(LHERMITTE. *Annales de Médecine*, 1920, tomo VIII, n. 2).

Fra le varie parti che costituiscono l'encefalo poche ve ne sono le cui funzioni restano così avvolte nel mistero come quelle del corpo striato. Si potrebbe credere che nell'uomo il corpo striato rappresenti un sistema in via di regressione, e che la sua funzione tenda di più in più ad attenuarsi di fronte alla preponderanza dei centri superiori. Ma le ricerche di M. e M.me Vogt dimostrano che il corpo striato, dal punto di vista strutturale, non ha nulla di rudimentario, nè presenta alcuna traccia di processo regressivo.

I numerosi fatti anatomo-clinici osservati in questi ultimi anni ci consentono un orientamento più sicuro circa le funzioni del nucleo lenticolare.

Il corpo striato si compone di due nuclei in apparenza distinti: il nucleo caudato ed il

nucleo lenticolare. In realtà, però, questa distinzione morfologica non corrisponde ad una separazione reale dei due nuclei, poichè, come dimostrano i tagli orizzontali inferiori, il segmento esterno del lenticolare, il *putamen*, si fonde col nucleo caudato. E mentre il *putamen* presenta la stessa struttura istologica del *caudatus*, ben diversa è invece quella degli altri due segmenti del lenticolare, il cui insieme forma il *globus pallidus*. L'identità di struttura fra *putamen* e *caudatus* permette di riunirli sotto una denominazione comune, lo *Striatum* (C. e O. Vogt), in opposizione a quella di *globus pallidus*, il *Pallidum* (C. e O. Vogt). L'uno e l'altro riuniti fra loro da connessioni dirette, sono completamente indipendenti dalla corteccia cerebrale, formando così un sistema anatomicamente autonomo, di cui le fibre afferenti (striopetali) hanno la loro origine nel talamo, e le fibre efferenti (striofugali), venute quasi esclusivamente dal *Pallidum*, si portano nel talamo e nei centri ipotalamici, cioè a dire, nel corpo del Louys, nel nucleo rosso, nel locus niger, nel tuber cinereum e nella regione della calotta protuberanziale (*tegmentum*).

Sindromi anatomo-cliniche. — Le spiccate differenze architetturali e citologiche fra *Pallidum* e *Striatum* giustificano la distinzione fra *sindrome dello striatum* e *sindrome del pallidum* alle quali si sovrappone la *sindrome globale* della distruzione del corpo striato.

A) SINDROME DEL CORPO STRIATO PER DISTRUZIONE DELLO STRIATUM E DEL PALLIDUM.

1° *Degenerazione lenticolare progressiva di Kinnier Wilson.* — È questa una malattia che riveste spesso un carattere famigliare; insorge in età giovanile (fra i 10 e i 26 anni); ha decorso acuto (4-6 mesi), subacuto (1-2 anni), cronico (3-5 e più anni); è mortale. I sintomi principali sono: tremore delle estremità e perfino del capo e del tronco; ipertonia delle membra e del volto; a volte riso spastico; contratture specialmente negli ultimi stadj; disfagia e disartria (fino all'anartria totale); astenia; lievi disturbi psichici esplicantisi sopratutto con esagerata emotività. Importanti sintomi negativi sono la mancanza di qualsiasi segno di lesione del sistema motore piramidale e di disturbi trofici, l'integrità della sensibilità obbiettiva. La lesione anatomica fondamentale consiste nella degenerazione bilaterale simmetrica dello *Striatum* e del *Pallidum*. La capsula interna ed il talamo sono integri; l'ansa lenticolare appare sempre fortemente ridotta. Altra particolarità anatomica assai importante è la presenza di una cirrosi epatica con speciali caratteri, cui si associano talvolta anche alterazioni della polpa splenica e del pancreas, calcificazione e sclerosi dell'aorta e dei grossi vasi, sclerosi renale.

Alla malattia di Wilson si ravvicina, almeno clinicamente, un'altra malattia descritta da Westphal, poi da Strümpell, sotto il nome di pseudo-sclerosi. Una delle particolarità della pseudo-sclerosi è di accompagnarsi con una pigmentazione speciale della parte periferica della cornea. La pseudo-sclerosi si deve differenziare nettamente dalla malattia di Wilson per il reperto istopatologico, il quale dimostra una proliferazione nevroglica fibrillare che colpisce tutta la sostanza bianca degli emisferi e sopratutto i corpi striati. Nel nucleo lenticolare e caudato, inoltre, si constata non solo un aumento della trama nevroglica normale, ma la comparsa di altri elementi nevroglici che non si riscontrano normalmente. Laonde attualmente si ritiene che la pseudosclerosi debba rientrare nel gruppo delle *disembrio-blastomatosi*.

2° *Sindrome pseudo-bulbare senile e presenile d'origine striata.* — Nei senili possono riscontrarsi, al pari che nella malattia di Wilson, crisi di pianto e riso spastico, disartria, disfagia, paralisi mimiche, perdita dei movimenti spontanei, scomparsa dei movimenti associati, ipertonia. La rassomiglianza fra queste due malattie, inoltre, non si limita ai sintomi clinici soltanto, ma si estende anche al carattere e alla topografia delle alterazioni anatomiche. Nella paralisi pseudo-bulbare, però, la lesione riconosce per origine alterazioni vascolari grossolane; nella malattia di Wilson, invece, se la distruzione degli elementi nervosi e nevroglici è in principio para-vascolare, il lume dei capillari, delle vene e, a fortiori, delle arterie, resta assolutamente normale. La degenerazione lenticolare progressiva corrisponde a una necrosi tossica, quella del vecchio invece a una necrosi anoxemica.

3° *Sindrome striata per lesioni presenili dello Striatum e del Pallidum* (C. e O. Vogt). *Il Parkinsonismo senile.* — Gli elementi più importanti di questa sindrome sono comuni alle sindromi precedenti. Manca, però, il tremore; e d'altra parte, contrariamente alla paralisi agitante classica, questa forma si accompagna con fenomeni particolari; gli spasmi di torsione e i movimenti atetosici.

B) SINDROME DELLO STRIATUM (nucleo caudato. Putamen, N. L. 3).

1° *La sindrome di C. Vogt per état marbré dello Striatum. Rigidità di Little semplice, congenita e regressiva.* — La sindrome di Vogt si traduce sempre con disturbi motori bilaterali: il più importante consiste nella iperto-

nia dei muscoli striati, con assenza di qualsiasi fatto paralitico. Esiste, inoltre, un'atetosi bilaterale, cui possono aggiungersi crisi di pianto e di riso spastico. La sindrome di Vogt non si accompagna ad alcun sintoma piramidale o cerebellare. Dal punto di vista della evoluzione presenta come carattere fondamentale: la regressività. Dal punto di vista anatomico *l'état marbré* è rappresentato da una riduzione volumetrica dello striatum associata a un'alterazione speciale consistente nella sostituzione delle cellule striate con una feltratura di fibre mieliniche fini, che normalmente non esistono.

2° *Lo stato dismielinico* (C. e O. Vogt). *Rigidità generale, con atetosi terminale progressiva.* — Questa sindrome anatomo-clinica è strettamente legata alla precedente. Se ne differenzia, però, perchè lo stato dismielinico è congenito e progressivo, mentre l'état marbré è acquisito e regressivo. A questo tipo anatomo-clinico si accosta la ***distonia lenticolare***, che si svolge sotto le apparenze di una atetosi doppia acquisita e termina con la morte nello spazio di pochi anni.

3° *La corea cronica progressiva di Huntington, espressione della « degenerazione atrofica cortico-striata »* (P. Marie e F. Lhermitte). — In quattro casi di corea cronica di Huntington tipica P. Marie e Lhermitte constatarono: un' atrofia volumetrica considerevole dei nuclei lenticolari e caudato; alterazioni degenerative assai spiccate degli elementi nervosi di questi gangli (cellule e fibre), con intensa reazione della nevroglia; alterazioni croniche dei vasi del corpo striato; atrofia della corteccia fronto-rolandica, senza degenerazione secondaria delle fibre di proiezione corticali. Mancavano alterazioni del talamo e dei centri sottostanti al talamo. Se la degenerazione atrofica cortico-striata ha per espressione la corea cronica a evoluzione progressiva del tipo di Huntington, non è escluso che tutte le coree croniche non possano riconoscere lesioni, se non identiche quanto alla loro natura, per lo meno della stessa topografia.

4° *Lesioni acute dello Striatum. La corea di Sydenham.* — P. Marie e Tretiakoff **hanno** constatato nella corea acuta di Syden**ham alterazioni** intense sopratutto nei nuclei lenticolare e caudato. Per lo meno qualche sintoma (ipotonia e movimenti coreici) possono quindi legarsi alla lesione dello striatum.

5° *Lesioni a focolaio (emorragici o malacici) dello Striatum.* — A queste lesioni si riannodano i movimenti coreo-atetosici contro-laterali, i quali dimostrano non solo che le lesioni distruttive unilaterali dello Striatum non restano mute, ma nel tempo stesso mettono in evidenza la funzione coordinatrice del corpo striato sopratutto dello Striatum.

C) LA SINDROME PALLIDALE. — Questa sindrome è connessa con la malattia di Parkinson. Esiste un tipo di paralisi agitante, giovanile o infantile determinata da una abiotrofia, una degenerazione progressiva di tutto il sistema pallidale. Spetta a Ramsay-Hunt il merito di aver precisato la base anatomica della paralisi agitante presenile. In due casi questo autore constatò l'atrofia delle cellule « motrici » dello Striatum e del Pallidum, contrastante con l'integrità delle piccole cellule dello Striatum. Le lesioni erano sopratutto spiccate nelle regioni orali del sistema pallidale. Tale fatto ci spiega perchè siano fra loro legate così strettamente, fino a confondersi, le sindromi parkinsoniane insorgenti nelle più diverse epoche della vita. M. e M.me Vogt hanno constatato che erano precisamente i casi, nei quali la sindrome parkinsoniana si esplicava con tremore accentuato, quelli che corrispondevano a lesioni più gravi dello Striatum, mentre la paralysis agitans sine rigiditate corrispondeva ad alterazioni sensibilmente più limitate del Pallidum. E se Souques e Tretiakoff hanno messo in rilievo la frequenza dell'atrofia degli elementi del locus niger nella malattia di Parkinson, ciò non deve sorprendere quando si pensi alla stretta dipendenza di questo centro mesocefalico dal sistema striato.

RIASSUMENDO: Le manifestazioni morbose del corpo striato sono esclusivamente d'ordine motore. Tanto nella sindrome striata totale che nelle sindromi dello *Striatum* e del *Pallidum*, i disturbi sensitivi, trofici e secretori fanno difetto. Uno degli elementi fondamentali della sintomatologia striata è, senza dubbio, la rigidità muscolare a tipo Parkinsoniano; ma essa non è la sola in causa nel perturbamento della motilità volontaria, come lo dimostrano i casi di paralysis agitans sine rigiditate. Altri elementi di questa sindrome sono la perdita dei movimenti associati normali, i movimenti involontari a tipo di spasmo, di corea e di atetosi.

Il corpo striato, associato col talamo ottico, centro sensitivo — nella stessa maniera che la frontale ascendente, sede dei centri motori corticali è associata con la parietale ascendente sulla quale si proiettano le sensazioni coscienti — deve essere oggi considerato come un sistema automatico superiore, mentre i centri corticali dominano e controllano il sistema motore volontario.

FUMAROLA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

MONTI A.: *La malaria, l'ittero infettivo, l'influenza ed altri problemi patologici sorti dalla guerra.* — Hoepli, 1921.

Gli allievi dell'Istituto di anatomia patologica di Pavia hanno pensato di riunire in volume gli scritti dal loro maestro, prof. Monti, pubblicati in occasione della guerra, per festeggiarne il XXV anno d'insegnamento, e di diffonderli nel paese a perfezionamento della coltura dei medici.

Il pensiero affettuoso si tramuta così in una opera proficua. Poichè la vasta coltura del prof. Monti e la sua abilità tecnica di sperimentatore e di patologo anatomista emergono, in quest'opera variata, insieme con un singolare spirito di rivolgere i risultati scientifici alla pratica medica e soprattutto ai problemi sociali. Egli infatti nella sua estesa coltura non limita l'attenzione ai problemi di anatomia patologica e di istologia, ma, mentre ne scruta e discute i particolari tecnici, già ne vede e disegna le applicazioni.

Nello stesso modo egli mette mano con sicurezza alle questioni più diverse, dalla malaria ai movimenti di proiettili nelle vene, dall'ittero spirochetotico all'azione dei gas asfissianti.

Poichè egli è attratto più tenacemente da quanto meglio può riescire socialmente vantaggioso è alle novissime questioni sulla malaria ch'è dedicata la massima parte nel volume attuale.

Noi dobbiamo rallegrarci del divisamento degli allievi del prof. Monti, che hanno voluto in modo così utile alla generalità onorare il maestro amato, e all'editore che ha dato veste degna ai lavori del prof. Monti.

Così riuniti documentano le qualità brillanti dell'ingegno e la vasta operosità del patologo di Pavia. A. V.

KLOPSTOCK-KOWARSKY: *Praktikum der Klinischen-chemischen, mikrorkosischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.* VI Auflage. — Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1920.

Non compito agevole è quello di raccogliere brevemente tutti i metodi di esame e di ricerca di laboratorio, dei quali si serve la clinica e che in gran parte rappresentano una necessità per il medico pratico. La nuova edizione del compendio del Klopstock e Kowarsky contiene una chiara e succinta esposizione di tutte le indagini di laboratorio, non esclusi i più moderni metodi di esame quali le reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi.

È una utile guida per lo studente e per chi voglia più largamente dedicarsi alle ricerche di laboratorio. TR.

F. BEZANÇON: *Précis de microbiologie clinique.* 3e éd. — Masson edit., 1920. — Fr. 35.

Alla terza edizione dei suoi *Précis de microbiologie clinique,* Bezançon fa precedere, come utile prefazione, una magnifica lezione inaugurale al corso di batteriologia tenuta alla Facoltà di medicina. In questa lezione i progressi della scienza bacteriologica e gli orientamenti nuovi nel decorso del tempo sono, con chiara esposizione e con brillante parola, lumeggiati.

Il libro del Bezançon in questa terza edizione si è inspirato ai progressi e ai nuovi orientamenti. Se pure la tessitura generale del trattato è quella della seconda edizione, lo sviluppo assunto dalle ricerche sulle spirochetosi, sui virus filtrabili da una parte, l'importanza assunta dai vari esami come quello dei liquidi patologici e delle reazioni organiche, hanno dato modo all'autore di rimaneggiare molti capitoli e di svilupparne o di aggiungerne altri. Questa terza edizione del libro del Bezançon fa onore alla ripresa attività della letteratura medica francese e sarà ben accolta anche dal pubblico italiano. *t. p.*

SIMONIN PIERRE. *Introduction à l'étude des toxines vermineuses.* Un vol. in-8 di oltre 300 pagine con 7 tavole e 43 figure. — Humblot et C.ie, ed., Nancy.

Per un certo tempo i vermi intestinali, ai quali i vecchi medici attribuivano, come tuttora il volgo, tanta parte nella patologia, sono stati considerati poco più che ospiti incomodi, ad azione principalmente meccanica e spoliatrice. Si sono però venuti accumulando molti fatti, i quali tendono a dimostrare che i vermi possono inoltre esercitare altre azioni più complesse, specialmente di indole tossica. Mancava però uno studio, che raccogliesse sistematicamente i fatti consegnati nella letteratura, sottoponendoli ad una critica, lumeggiandoli con ricerche sperimentali e con i risultati delle osservazioni di patologia comparata. Ciò ha fatto l'A. corredando lo studio, con numerose ricerché personali chimiche, fisiopatologiche, istologiche. Il lavoro non è soltanto un punto di partenza per ulteriori ricerche; esso porta già dei fatti bene stabiliti, che nuovi esperimenti ed osservazioni potranno assodare ed allargare, portandoci una più intima conoscenza dell'interessante fenomeno. *fl.*

Gli scienziati italiani dall'inizio del medio evo ai nostri giorni. Repertorio biobibliografico diretto da ALDO MICLI. Vol. I, parte I. In-4 di 234 pagine con ritratti e facsimili. — Dottor A. Nardecchia, editore, Roma. — Prezzo L. 45.

Con elevato senso di italianità, con larga visione delle cose, il dott. A. Nardecchia ha coraggiosamente iniziato una serie di pubblicazioni che intendono rispecchiare il grande contributo degli italiani nelle scienze e nelle arti. Mentre sono già in avanzata preparazione *Gli artisti italiani* diretti da A. Muñoz ed *I musicisti italiani* diretti da A. Corsetti, compaiono ora *Gli scienziati italiani*, diretti da quel dotto ricercatore che è Aldo Micli.

Con questa opera di ampio respiro, vengono illustrati gli italiani, che maggiormente si distinsero per le loro ricerche, per le scoperte, per le feconde applicazioni delle scienze, e ne viene così messo in piena luce la gran parte — troppo spesso ignorata — avuta dagli italiani nel progresso scientifico.

Trattasi di monografie, redatte da diversi autori, in cui alla parte puramente biografica, seguono l'esposizione oggettiva dell'opera scientifica svolta e la bibliografia, sia degli scritti dello scienziato stesso, sia di altri che a lui si riferiscono. Le monografie sono accompagnate dal ritratto e da facsimili, riproduzioni, ecc., che illustrano l'opera dello scienziato. Sono compresi in questa serie i cultori delle scienze filosofiche, fisiche, matematiche, biologiche, mediche, ecc.

Nel presente volume troviamo fra le 34 monografie, botanici, trattati da Béguinot e De Toni; matematici, trattati da G. Loria; astronomi, fra cui lo Schiaparelli, da Millosevich, un'interessante figura di scienziato del Rinascimento (Biringuccio Vannoccio) redatto da A. Mieli. Fra i medici citiamo Bertini e Cocchi (A. Corsini), Riva (C. Artom), l'anatomico Sterzi (A. Favaro) ed un'ampia ed accurata monografia su Domenico Cotugno (G. Bilancioni).

Nell'augurare a quest'opera, in tutto degna di una grande Italia, il successo che non può mancarle, esprimiamo il desiderio che l'editore pensi a riunire le notizie principali sull'opera degli italiani nelle scienze, in un lavoro di minor mole, che sia più facilmente accessibile e che permetta quindi una maggiore divulgazione; ne guadagnerebbero non poco la coltura e la fama dell'Italia.

fl.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Adunanze Scientifiche, 1920.

Acrocefalosindattilia.

M. I. FINI. — Presenta ed illustra esaurientemente un caso di acrocefalosindattilia discutendone largamente la patogenesi.

Sulla vaccinazione antitifica.

G. VANNINI. — Riferendosi alla sua larga statistica, raccomanda vivamente la vaccinazione con vaccini polivalenti. Non è da temere la fase negativa, segnalata dal Wright, nè speciali complicanze della pratica vaccinale, se si ha cura di escludere dalla medesima coloro che presentano qualche tara morbosa.

G. D'AJUTOLO. — Parla su di un *processo proprio di oto-autoplastica,* e su di un *foruncolotomo auricolare uncinato.*

G. VANNINI. — Riferisce su di un *semplice apparecchio per il dosamento dell'urea, coll'ipobromito.*

Contributo clinico all'estrazione dei corpi estranei dall'esofago.

F. ROSSI. — La presenza di un corpo estraneo nell'esofago *costituisce un pericolo,* il quale va aumentando col prolungarsi della sua permanenza. Il procedimento di elezione per estrarlo è quello della esofagoscopia. Se questo non può applicarsi, e se altri mezzi incruenti (uncino di Kirmisson, u. di Carletti) non riescono allo scopo, si deve procedere *senza ulteriore indugio* alla esofagotomia. Qualsiasi dilazione nella speranza di una rimozione spontanea del corpo estraneo, è *pericolosa e condannabile,* come l'ostinarsi in ripetuti tentativi di estrazione incruenti, che divengono sempre più pericolosi col prolungarsi della permanenza del corpo estraneo.

O. CANTELLI. — *Sull'Indoluria normale e patologica.* (A proposito della comunicazione del dottore Labat, Comp. r. Société Biologie, n. 25).

M. PREZZOLINI. — *Su una rara forma di paralisi oculogira da probabile lesione dei tubercoli quadrigemelli.*

Sul significato e sul valore clinico della reazione di Sachs-Georgi per la diagnosi della sifilide.

A. BUSACCHI. — Dal punto di vista pratico questa reazione ha grande valore, ed ha dato risultato concorde alla reazione Wassermann nel 95 % dei casi. Ha poi il pregio di essere semplice, e di esecuzione rapida e facile. Può offrire speciale vantaggio nei casi dubbi per la r. W., per cui le due reazioni possono controllarsi e completarsi fra di loro.

La ricerca di Weil e Kafka.

C. TESCOLA. — Riferisce le sue esperienze in merito al metodo di Weil e Kafka, e conclude che la ricerca di questi autori ha un valore pratico rea-

le nello studio della permeabilità delle meningi, e deve perciò entrare a far parte dei metodi clinici di esame del liquido cefalo-rachidiano.

Osservazioni sopra un caso di gozzo retrosternale.

F. Franchini. — L'O, a proposito di un caso clinico osservato in vita e diagnosticato per aneurisma aortico, mette in evidenza le cause di errore e i mezzi per evitarle nella diagnosi differenziale tra gozzo retrosternale ed an. aortico.

N. Xilo. — Riferisce su un *nuovo metodo di misura della acutezza visiva a luce decrescente.*

N. Samaja. — *Illustra due casi di eventratio diaphragmatica.*

G. Ravà: su la *neurastenia secondo Dejerine e la cura delle malattie organiche a decorso cronico nei neurastenici.*

G. Sighinolfi: a proposito dei *risultati ottenuti dalla Clinica Ginecologica di Erlangen nella radioterapia profonda mediante l'adozione di una unità di misura biologica.*

Di un raro caso di idronefrosi intermittente parziale.

G. Cavina. — Una donna soffriva da lunghi anni di crisi periodiche, della durata di 20 giorni, caratterizzate da un violento dolore al fianco destro e dalla comparsa di un voluminoso tumore globoso, ballottabile, nella stessa regione. Ogni accesso era di regola seguito da ematuria. Operata di nefrectomia dal prof. Nigrisoli, si ebbe una guarigione perfetta. Il rene asportato risultava fornito di due ureteri, di cui l'inferiore diviso in due rami secondari ed appariva costituito da una porzione superiore avente l'aspetto di un rene sano e di una porzione inferiore trasformata in una sacca cistica (*rene doppio congenito con idronefrosi parziale*). Dott. G. M. Piccinini.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'11 marzo 1921.

Sulla prova proposta da Hollaender per determinare la reazione immunitaria alla tubercolosi.

Dott. B. Salkind. — Ponendo la vecchia tubercolina in soluzione clorosodica fenicata in presenza del siero si avrebbe, secondo Hollaender, la formazione di un anello zonale, più o meno intenso, allorquando sieno contenuti anticorpi specifici nel siero adoperato; in assenza di detti anticorpi, non si avrebbe la formazione di anello.

L'O. ha potuto fare la ricerca di Hollaender su 60 sieri in varie forme morbose ed ha ottenuto i seguenti risultati:

Su 7 casi di pleurite essudativa, 3 non davano reazione, 3 furono leggermente positivi ed uno nettamente positivo.

In 2 forme di polisierosite una dava la reazione positiva e l'altra negativa.

Su 10 sieri di forme tubercolari (non polmonari) 4 erano negative, 4 dubbie e 2 sole positive.

Su 4 sieri di gravide solo 1 dava reazione positiva.

Tutte le altre forme morbose, così acute come croniche, presentavano la reazione più o meno positiva; lo stesso per le persone sane.

In questo senso le ricerche confermano le osservazioni di Hollaender.

L'O. in prove di controllo ha potuto stabilire, che la prova non ha valore di reazione immunitaria e giunge alle seguenti conclusioni:

1° La prova non può chiamarsi *reazione immunitaria* (I. R.), dato che si può ottenere l'anello zonale non solo con tubercolina ma anche con sola soluzione fenica contenuta nella soluzione tubercolinica di Hollaender, come anche con soluzione diluitissima di acido acetico, con acqua distillata, ecc.

2° La reazione zonale ottenuta con fenolo, ac. acetico, acqua distillata, ecc., è una reazione di indole fisico-chimica, dovuta probabilmente alle globuline o pseudoglobuline contenute nel siero.

3° Dato che queste globuline variano da individuo a individuo, come potranno variare per diverse circostanze nello stesso individuo, la reazione potrà aver valore per determinare il grado di resistenza dell'organismo per qualche infezione, come per la tubercolosi.

Sulla eosinofilia del siero dei vescicanti nei tubercolotici.

Dott. E. Albertario. — L'O. espone i risultati dell'esame del siero dei vescicanti applicati a 30 casi di tubercolosi polmonare curati col pneumotorace artificiale nella Clinica Medica di Pavia, rivolgendo speciale attenzione al rapporto tra il tasso degli eosinofili del liquido citologico col giudizio prognostico per i singoli casi; risultati che concordano con quelli che Roger e Borgogno ottennero per gli ammalati di altre forme morbose e per i tubercolosi sottoposti ad altri generi di cura.

La percentuale degli eosinofili nei 25 casi di pneumotorace terapeutico a decorso favorevole, oscillò tra i 5 ed i 20 %; mentre nei due casi a decorso infausto e nei tre casi a decorso prima favorevole e poi infausto per complicazione sopravvenuta, il quantitativo degli eosinofili non raggiunse quasi l'1 %, mentre nei tre ultimi casi nel periodo in cui il decorso della forma era buono già aveva raggiunto il 5 %. Nei casi di controllo presi in considerazione ha notato una percentuale bassissima nei 4 casi sottoposti a cure mediche comuni, discreta nei 4 casi di pleurite secca non tubercolare a decorso benigno, buona nei 2 individui sani.

La tecnica seguita fu quella suggerita dal Roger nel suo trattato sulle malattie infettive.

Per le sue ricerche l'equilibrio dei polinucleari e linfociti nel liquido citologico è il medesimo di quello che si trova nel sangue dei soggetti presi in osservazione, quindi la prova del vescicante costituirebbe un indice dell'equilibrio leucocitario del sangue circolante, mentre l'aumento del numero degli eosinofili costituisce un indizio prognostico buono.

A. Gasbarrini.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Le algie a distanza nell'enterocolite.

Si osservano talvolta punti dolorosi a distanza, p. es. sottocostali, sottoclavicolari, sottoscapolari, che possono ritenersi di origine epatica, oppure, se connessi con tosse o dispnea, fanno pensare a lesioni toraciche.

Trattasi invece, assai spesso, di un esagerato eretismo del tratto colico, per lo più provocato da sviluppo di gas: gli ammalati possono essere affetti da colite con iperstenia e spasmi, fermentazioni e putrefazioni intestinali.

Talvolta l'accesso doloroso è assai imponente, ma di breve durata (qualche ora od, al massimo, mezza giornata), e scompare in seguito ad emissione di gas.

La causa (Matignon: *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 1920, n. 10) sarebbe da ricercarsi nella distensione del colon e nelle variazioni di apertura dell'angolo epatico, concomitante con un'abnorme sensibilità dell'intestino; all'esame fisico, di fatto, si riscontra un risentimento doloroso o spasmo del colon ascendente e dell'angolo epatico, rilevabile, spesso, soltanto durante l'accesso del dolore interscapolare.

Caratteristica di questi dolori è la fugacità; quando invece la causa risiede altrove (affezioni epatiche, neuralgie, reumatismi, ecc.) i dolori sono più o meno continui. Qualche volta si osserva un andamento acuto; ed il dolore simula una pleurite od una pleurodinia, accompagnate da un senso di tensione gazosa all'intestino e da dolore all'ipocondrio dello stesso lato.

All'esame obbiettivo si riscontra una diminuzione del murmure vescicolare, per la minore ampiezza delle escursioni respiratorie; l'intestino è teso, dolente; la palpazione talvolta risveglia, tal'altra invece sopisce il dolore: si può anche avere dispnea, palpitazioni, aritmie cardiache.

In alcuni enteralgici dimagriti, con vago dolore sottoclavicolare e tosse, si può anche sospettare una forma tubercolare: in altri si possono avere equivoci diagnostici con lombaggini, sciatica, artrite coxo-femorale.

Negli enteralgici però i dolori vengono risvegliati o resi più acuti con la pressione sull'intestino: il trattamento diretto a calmare lo spasmo e diminuire la sensibilità intestinale porta a rapido miglioramento.

fil.

TERAPIA.

Uso ed abuso dei purganti.

Un medico che conosca il momento opportuno per somministrare un purgante può dirsi padrone di un importante capitolo terapeutico.

L'antico adagio « Qui bene purgat bene curat » va sostituito con uno più moderno: « quanto meno si purga, tanto meglio ».

Spesso i purganti sono causa di costipazione. Anzitutto l'evacuazione abbondante non lascia sufficiente quantità di materiale per poter eccitare l'intestino il giorno seguente.

Il paziente, sapendo che deve defecare ogni giorno, ripeterà il rimedio e si costituisce così l'abitudine del purgante. Inoltre la fatica dei muscoli intestinali, in causa dell'eccessivo stimolo, o lo spasmo muscolare, per abnorme irritabilità della mucosa, esigono che la dose venga aumentata perchè si possa ottenere l'effetto desiderato. Anche i lassativi più blandi, come i clisteri, tendono a dare all'intestino un certo abito di torpore, poichè la facilità con cui le feci molli od il contenuto liquido passano lungo il crasso diminuisce la necessità dello sforzo muscolare e conduce all'atonia e da ultimo all'atrofia.

La costipazione abituale, che si sviluppa verso i 26 anni nelle donne e verso i 31 negli uomini può essere curata senza purganti, ordinando al paziente di recarsi alla latrina regolarmente ogni giorno, dedicando una quindicina di minuti alla defecazione. Al terzo o quarto giorno si hanno defecazioni naturali. Questo trattamento va integrato con una dieta adatta, e con opportuni esercizi ginnastici. Bisogna poi che il paziente si convinca che non v'è nulla di male, se anche non ha tutti i giorni il beneficio di corpo: esso non deve fare del suo intestino un fetinio a cui si dedica la preghiera quotidiana.

Nel bambino però è meglio sorvegliare che l'evacuazione sia giornaliera ed in caso contrario eccitare il riflesso rettale, allo scopo di impedire che divenga ottuso. L'eccitazione può farsi mediante un suppositorio di sapone od una semplice bacchetta di vetro.

Anche nella costipazione spastica (dolori colici), sentirsi insoddisfatti dopo la defecazione, emissione di masse fecali sottili, appiattite, segmenti del colon, che si palpano come cordoni, i purganti sono dannosi; mentre è invece indietro il trattamento antispasmodico.

Nella costipazione pelvirettale (che si riconosce all'esame radiologico, per il fatto che il bismuto, che passa bene nelle porzioni su-

periori del colon, si trattiene a lungo nel sigma e nel retto) i purganti sono inutili e dannosi, mentre sono molto utili i clisteri, che usati regolarmente, con i suppositori, tengono regolarmente sgombri il retto ed il colon pelvico, in modo che questo possa ritrovare il suo tono normale e la sua eccitabilità.

(*Journ. of Am. med. Assoc.*, Vol. 73, 18 ottobre).

fil.

Sull'azione della cascara sagrada.

La cascara sagrada è un rimedio che gode una fama superiore ai suoi meriti; H. Mac-Guigan (*Journ. Am. med. Assoc.*, 9-II-1921), avendo avuto occasione di osservare che parecchi pazienti accusavano disturbi dopo l'uso di tale medicamento, ha proceduto ad alcuni esperimenti, da cui risulta che: 1 cmc. provoca un effetto lassativo non però costante, che si esplica con una scarica entro 8-12 ore dalla somministrazione; 2 cmc. danno due scariche in 5-12 ore, accompagnate da notevoli dolori colici, che incominciano dopo 4 ore e durano per 24 ore: 4 cmc. provocano 3-4 scariche, sempre accompagnate da nausea e da intensi dolori, che durano per 2-3 giorni; vi è senso di dolenzia all'addome, con tenesmo, ed un malessere indefinito, che dura per diversi giorni.

La cascara dunque deve essere usata soltanto come lassativo, non mai come catastico, non prescrivendone più di 2 cmc., altrimenti si producono irritazione e catarro dell'intestino: i fenomeni osservati dall'A. stanno a dimostrare che, con dosi più elevate si determina una vera congestione addominale: con alte dosi, si hanno fenomeni dapprima di eccitazione, poi di depressione fino al collasso. Frequenti sono il vomito, la flatulenza, tracce di sangue nelle feci. Sono riferiti casi di morte con sintomi colerici, in individui, che avevano fatto da sè delle preparazioni con la corteccia. Quando si debba usare come lassativo non si oltrepasserà la dose di 2 cmc., ricorrendo invece ad altri lassativi o purganti: fenolftaleina, olio di vasellina, ecc. Piccole dosi somministrate nel corso della giornata danno effetti migliori, che una dose forte in una sola volta.

fil.

Contro le emorroidi.

La cura va anzitutto rivolta contro la causa (disturbi di circolo da tumori addominali, malattie cardiache, epatiche, ecc.). Come medicazione sintomatica, Pron consiglia: di rendere anzitutto regolari le funzioni intestinali, evitando però i drastici e prescrivendo p. e.: Magnesia usta g. 15; Lattosio g. 20; polv. di liquirizia g. 10; da prenderne 1-2 cucchiaini a digiuno; fare un piccolo clistere quotidiano, da trattenersi un quarto d'ora; aggiungere al clistere 2-3 g. di allume.

Contro il dolore, applicare ogni mattina un tampone imbevuto di alcool diluito (uno su sette di acqua) il più caldo possibile. Oppure applicare tanto quanto un pisello della pomata seguente: Estratto di ratania g. uno; Estratto tebaico cg. 50; Ergotina g. uno; Vaselina g. 15.

Consigliabile è anche la pomata di Lutz: Pomata senz'acqua (cérat), olio di mandorle dolci, ossido di zinco ana g. 15; balsamo del Perù goccie sei.

Nel caso di emorroidi procidenti, prescrivere un bagno generale caldo e tentare il taxis facendo stendere l'ammalato sopra un fianco ed applicando eventualmente un tampone imbevuto d'adrenalina o di siero di cavallo.

Anche il cloruro di calcio per clistere può dare buoni risultati, specialmente se usato molto caldo, nella proporzione di 5 su 150 di acqua.

In caso di emorragie moderate si può dare la crisarobina (cg. 80) con jodoformio (cg. 30), estratto di belladonna (cg. 6) in 25 g. di vaselina.

Sono pure prescritti l'*hamamelis*, l'*hydrostis*, il *viburnum*, anche associati sotto forme di estratto fluido a parti uguali: se ne somministrano 20 gocce al giorno.

fil.

IGIENE.

L'esame del caffè.

L'industria dei surrogati ha subìto un impulso notevole in occasione della guerra, e si era specialmente sbizzarrita per certi generi di largo consumo, fra cui il caffè è stato fra i più presi di mira. È generalmente invalsa l'abitudine di ingollare a certe ore del giorno una brodaglia nera e calda a cui pochi possono rinunciare, poichè ne risentono un certo senso di benessere, dovuto, forse, più che altro all'azione della temperatura del liquido e degli aromi.

Durante la guerra, il commercio per la limitazione dei trasporti di coloniali non poteva fornire tutto il caffè richiesto, e vi ha supplito con surrogati di ogni specie: la cicoria, le ghiande, i fichi secchi, i vinacciuoli, le carote, il pane abbrustolito, ecc. Tutti questi prodotti vengono torrefatti, di modo che si sviluppano prodotti empireumatici, che danno un certo aroma, e vengono poi ammanniti, da soli o mescolati a vero caffè, con nomi di

fantasia, che possono trarre in inganno il pubblico, che beve grosso: cito fra questi il prodotto Mokar, il quale è bensì dichiarato un surrogato, ma per la somiglianza del nome è spesso ritenuto autentico Moka.

Fabbriche di tali surrogati sono pullulate dovunque, particolarmente in Germania dove maggiormente si faceva sentire la mancanza del caffè. Anche l'Italia non ha voluto fare eccezione alla regola ed ha aumentato da 40 a 52 il numero delle dette fabbriche, le quali produssero nel 1919 Kg. 4.787.046 di surrogati.

È opportuno quindi conoscere i mezzi per potere scoprire le sofisticazioni. Ciò non è difficile nel caffè in grani, poichè quello artificiale si riconosce per la costante regolarità della forma. Però il problema che più di frequente si presenta è quello di riconoscere le sofisticazioni in un caffè già tostato e macinato, oppure nell'infuso.

Un primo criterio è quello di spargere un poco della polvere di caffè alla superficie dell'acqua, contenuta in un bicchiere, agitando poi leggermente: il caffè genuino, se non è stato troppo tostato, galleggia, mentre gli altri elementi vanno a fondo, colorando l'acqua in bruno; col successivo esame microscopico si riuscirà ad identificarli. Su questa parte importantissima dell'esame del caffè non possiamo fermarci, sia perchè abbraccia un campo troppo esteso, diventando sempre più complessa, sia perchè poco gioverebbe la semplice descrizione senza il sussidio di numerose figure. È comunque utile tener presente che gli elementi più caratteristici del caffè sono le cellule sclerose del tegumento argentino, a pareti spesse, giallastre, molto rifrangenti, con punteggiature rotonde od ellittiche o con fessure regolari disposte simmetricamente. Per quanto riguarda la presenza di granuli d'amido, che spesso sono elementi sofisticanti, si rammenti che una piccola quantità può trovarsi nei semi giovani; così pure si possono trovare nel caffè delle piccole trachee, provenienti dal fascio fibro-vascolare del rafe.

Notevole valore ha l'esame chimico, che è il solo a cui si possa ricorrere per decidere se il caffè è stato o non precedentemente spossato. Più che altro interessa conoscere la quantità di caffeina contenuta nel caffè in esame, ricordando che nel caffè crudo, come anche nel torrefatto, varia da 0.8 a 1.8 % e potendosi ritenere un valore medio di 1.2 %.

La determinazione può farsi col metodo seguente: 1° g. 10 di caffè in polvere si fanno bollire in acqua per 2 ore con apparecchio a ricadere (oppure, si fanno bollire successivamente per tre volte); 2° si tratta con acetato basico di piombo, facendo bollire per altri 10 minuti; 3° dopo raffreddamento si filtra facendo poi passare una corrente di idrogeno solforato per allontanare l'eccesso di piombo, e filtrando nuovamente; 4° si concentra a bagnomaria al volume di 40-50 cmc. e si può: *a*) fare direttamente l'estrazione con cloroformio, in apparecchio separatore, ripetendo l'operazione 4 volte con cmc. 25, 20, 15, 10; oppure: *b*) concentrato fino a consistenza sciropposa, si aggiunge magnesia usta fino a reazione nettamente alcalina e si essicca. Si avrà cura di rimescolare accuratamente durante l'essiccamento, per impedire l'aderenza alle pareti della capsula; il residuo poi si polverizza e si estrae con cloroformio in apparecchio di Soxhlet.

Nel caso del caffè torrefatto, il cloroformio è colorato in bruno dagli olî essenziali e dalle sostanze coloranti brune; siccome ciò disturba la determinazione esatta della caffeina, si fa evaporare il cloroformio, si riprende il residuo con acqua acidulata e con acqua bollente: s'introduce il liquido filtrato in un apparecchio separatore alcalinizzando leggermente con soda ed agitando con cloroformio, come al punto 4°. Comunque ottenuti gli estratti cloroformici si riuniscono in una capsula tarata, che si pesa dopo evaporato il cloroformio: l'aumento di peso è dato dalla caffeina. Questa può riconoscersi per le sue reazioni fra cui principalmente quella detta della muresside: in una capsula si mette una piccolissima quantità della sostanza ed una goccia di acido nitrico, evaporando dapprima a bagnomaria, poi su una piccola fiamma: se il residuo *quando è ben secco* non è colorato in rosa-vivo od in arancio, ricominciare l'operazione: dopo raffreddamento, bagnando successivamente la macchia con ammoniaca si ha un colore viola-purpureo, con soda invece il colore è azzurro. La caffeina può anche riconoscersi dosando, nell'estratto cloroformico, l'azoto con il metodo di Kjeldhal e moltiplicando per il fattore 3.464.

Analoghe operazioni si possono fare quando si ha a propria disposizione l'infuso, partendo dal n. 2; calcolando che per una tazza di caffè da 100 cmc. si possono usare circa 10 g. di caffè tostato, si dovranno trovare circa dieci centigrammi di caffeina per 100 cmc. di infuso.

Spesse volte però i reclami dei consumatori sono basati soltanto sul cattivo sapore dell'infuso, che può aversi anche col caffè genuino, avariato per bagnamento, specialmente con acqua di mare, oppure preparato male.

Nel caso che si sospetti la presenza di caffè di ghiande, può utilizzarsi la ricerca dell'acido tannico, che si fa sull'infuso (eventualmente decolorato con carbone animale), aggiungendo una soluzione molto diluita di cloruro ferrico: secondo la concentrazione dell'acido tannico, si ha un colore blu o viola, ed un precipitato bluastro, che si forma subito, o dopo un certo tempo.

A. FILIPPINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA

La coagulazione del sangue.

Secondo J. Bordet (*Ann. de l'Institut Pasteur*, 1920), il fenomeno della coagulazione del sangue, consiste nell'organizzazione in trabecole di fibrina delle particelle colloidali di fibrinogeno preesistente nel plasma in circolo: il contatto di un corpo straniero non libera alcuna sostanza solubile, ma scatena l'attività del fibrinfermento o trombina, la cui comparsa costituisce il principale problema da risolvere.

Il plasma *in vivo* è un mezzo colloidale i cui costituenti si mantengono in delicato equilibrio onde è molto probabile che, anche all'infuori della trombina, altri agenti (veleni di serpenti-microbi) possono esser capaci di produrre la coagulazione del fibrinogeno.

La trombina è però il principale fattore, l'indispensabile agente della coagulazione: per la produzione di tal corpo occorre una appropriata tensione osmotica, la presenza di un sale di calcio insolubile, il contatto di un corpo solido cui possa aderire il liquido: la trombina deriva dalla protrombina inattiva circolante nel sangue.

Lesourd e Pagniez hanno dimostrato il compito importante delle piastrine nella coagulazione. Bordet e Delage hanno chiamato *citozima* la sostanza lipoidica data dalle piastrine, e *sierozima* il secondo fattore generatore della trombina portato dal siero: citozima più sierozima danno la trombina. Il fibrinogeno è un elemento passivo della coagulazione il cui primo atto è la produzione o la liberazione del sierozima: la trombina poscia formatasi si fissa sul fibrinogeno di cui provoca la formazione in coagulo. Il contatto di un corpo estraneo determina l'adesione delle piastrine e quindi la liberazione del citozima, interviene nella trasformazione del prosierozima in sierozima, e più tardi favorisce la trasformazione del fibrinogeno in fibrina.

MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1333) *Il latte per iniezioni nell'encefalite epidemica.* — Al dott. E. T. Macerata:

Anche la proteino terapia aspecifica è stata tentata, in mancanza di meglio, nell'encefalite epidemica e il mezzo più facile è stato l'inoculazione di latte, di peptone, di vaccini i più svariati.

È difficile essere assoluti nel giudizio: nelle nostre mani tali mezzi si sono dimostrati inefficaci, ma non manca chi ha espresso un certo ottimismo per casi particolari.

La preparazione del latte è molto semplice: il latte, scremato, si mette in fiale, e si sterilizza per mezz'ora e per tre giorni consecutivi a 100 gradi: perchè risponda ai dettami della etero-proteino-terapia, è necessario che il colore del latte non divenga bruno. Per gli altri mezzi di terapia dell'encefalite ci rife riamo a quanto in altre occasioni abbiamo risposto su queste stesse colonne. *t. p.*

(1334) Al dott. A. G. da S.:

1° *Epidemiologia* di A. Celli in «Manuale dell'Igienista», Torino, Utet, 4ª ediz., 1912, vol. 2°; *Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles* di Jeanselme, Kelsch, Thoinct, ecc., nel «Traité d'Hygiène» di H. Chantemesse ed E. Mosny, vol. 18°, Parigi, J.-B. Baillière, 1912; *Epidemiologie* di A. Weichselbaum, nell'«Handbuch der Hygiene» di O. Weil, vol. 9°, p. 3ª, Jena, Fischer, 1897; ecc.

2° P. Manson, *Manuale delle malattie dei paesi caldi*, trad., Milano, Società Editrice Libraria, 1911; C. Muzio, *Le malattie dei paesi caldi*, Milano, Hoepli, 1904; Alliot, Clarac, Fontoynot, ecc.; *Hygiène coloniale*, in «Traité d'Hygiène» citato, vol. 12°, 1907; ecc.

3° *Parassitologia* di G. Alessandrini, in «Manuale dell'Igienista», citato; D. Carazzi, *Parassitologia animale*, Milano, Soc. Editrice Libraria, 1912, ecc. L. V.

VARIA

Estrazione e fabbricazione del radio.

L'estrazione e fabbricazione del radio, come quelle di ogni altro corpo raro, vanno aumentando con il crescere delle esigenze e delle ricerche scientifiche. In Francia annualmente si producono 18 gr. di radio, del valore di 900,000 franchi al gr. Negli Stati Uniti d'America uno stabilimento ne produsse in 5 anni 27 gr. al prezzo totale di 6,700,000 franchi. Dal 1913 sono sorte in America altre 3 nuove fabbriche di radio.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DIBATTITI PROFESSIONALI.

Sull'assicurazione malattie.

Riceviamo:

Egregio collega Verney,

Sono anche io convinto che nel momento attuale non esista problema più grave dell'assicurazione contro le malattie per la classe medica, il cui avvenire è legato in gran parte alla soluzione che sarà data a questo problema. Ed è perciò che da due anni batto e ribatto lo stesso chiodo, lieto di essere con la mia..... petulanza riuscito a svegliare e invogliare i colleghi a interessarsi vivamente dell'argomento, smettendo quella proverbiale noncuranza consistente nel solito lasciar fare, limitando l'opera propria sempre agli applausi o alle critiche del dopo.

Alle espressioni benevole che usate a mio riguardo aggiungete di non disperare che *il profondo dissenso che ancora ci divide possa essere colmato.* Ma, collega Verney, il dissenso è già colmato. La vostra concezione PINDARICA del problema e la mia visione REALISTICA del medesimo conducono PURTROPPO alla stessa soluzione.

I colleghi mi perdonino se nell'interesse dell'avvenire della classe rubo loro dello spazio per provare la verità delle tre parole in maiuscoletto.

***

PINDARICA. — Partendo dal giusto concetto che la medicina debba sorprendere le forme iniziali per arrestarle e prevenirne gli aggravamenti e complicazioni, e che soltanto con le diagnosi precoci e con gli interventi curativi anticipati il paziente possa essere più rapidamente restituito alla salute, voi arrivate alla conclusione essere necessario che il malato possa servirsi del medico senza riserve e senza pagamento, e che perciò il medico debba essere compensato in misura generosa ma fissa per la sua attività, quasi più per le visite che riesce a risparmiare anzichè per quelle effettivamente eseguite. E ciò sia per il benessere collettivo, sanitario ed economico, sia anche a scopo egoistico per ridurre il proprio lavoro col prevenire le malatttie e abbreviarne la durata. Il vostro ideale sarebbe che i medici restassero quasi senza malati veri da curare, e che fossero retribuiti appunto per la divina funzione di Vestali della dea Igiea. In tal modo colla retribuzione basata sul valore della funzione e non sulla quantità del lavoro sarebbe eliminata l'umiliazione di dover vivere sulle sofferenze altrui.

Chi non sottoscriverebbe entusiasticamente a tali concetti?

Ricordo che due anni fa, in una corrispondenza epistolare con l'amico carissimo Agide Del Bue, formulavo il mio ideale sul divenire della medicina pratica nella *Parrocchia Sanitaria* col parroco (medico), colla canonica (casa del medico), col benefizio parrocchiale (stipendio capitario), coi diritti di stola (retribuzioni straordinarie), colla chiesa (tempio d'Igiea), colle prediche (conferenze d'igiene), colla dottrinella (conversazioni igieniche), coi sette sacramenti (intervento del medico in tutti i principali momenti della vita, dalla nascita alla morte), coi rituali (per l'infanzia, per la scuola, per il lavoro, ecc.), coi paramenti sacri (vestaie, maschere, ecc.) coi digiuni e vigilie (contro le intemperanze), coll'autonomia del servizio (indipendenza da qualsiasi autorità profana). Insomma, l'odierno professionista tramutato in un vero e proprio sacerdote, senza distinzione tra assistenza medica e vigilanza igienica, e senza altra dipendenza che dai vescovi (protomedici provinciali) e dal papa (direttore generale di sanità).

Trovate voi qualche differenza tra il mio sogno e il vostro? Purtroppo però sogno! Non arrivo a definirlo utopia, perchè lo ritengo possibile in un lontano domani; ma lo qualifico Icaro in confronto di Caproni, un'anticipazione storica — se non di millenni, chè nella vita odierna un decennio è un secolo — certo di secoli.

Forse un inizio di attuazione del sogno sarebbe stato possibile nei primi mesi di guerra, quando colla mobilitazione di tanti medici, comunali e ospitalieri oltre la metà dei servizi era rimasta senza medici nè modo di provvederli. Lanciai allora l'idea del Sindacato fra i medici che avrebbe dovuto offrire al Governo la propria collaborazione col provvedere direttamente alla sistemazione del servizio mediante l'assunzione in appalto di tutti i servizi sanitari: sindacato che — se avesse bene funzionato — probabilmente avrebbe potuto restare. Ma la mia proposta non fu ascoltata nel momento propizio, ed ora la barca è risospinta in alto mare. I nostri sogni resteranno sogni.... per qualche generazione.

Svegliamoci, e dall'alto delle nuvole scendiamo a terra.

***

REALISTICA. — La Commissione Ministeriale per le Assicurazioni malattie ha fermato l'assistenza medica domiciliare su queste due basi: gratuità del medico agli assicurati e famiglie (circa 30 milioni), pagamento delle singole visite mediche da parte dell'Istituto.

Sul primo punto ormai è inutile discutere. La lotta che in proposito per tanti anni fu combattuta tra popolazioni e medici si è chiusa col *revirement* da parte dei medici, i quali, sia mediante i loro rappresentanti (Martinelli e Silvagni), sia collettivamente nei varî Congressi, hanno dato la loro adesione al principio della gratuità dell'assistenza medica domiciliare a quasi tutti. Principio che — come osservava non a torto un Sindaco in un convegno di Sindaci — se è giusto in regime di assicurazione malattie, non si comprende perchè non dovrebbe essere giusto nelle condotte comunali.

Sul secondo punto è invece opportuno fermarsi alquanto per esaminare il problema senza voli troppo alti, anzi terra terra, e proteggerci così da cadute e disillusioni. Anche oggidì gli uomini hanno più fede che ragione e credono di più agli

assertori audaci che a chi esamina, discute, esita e conclude diversamente da questi.

Nel *Medico Condotto* (n. 14 del 1920) il Martinelli, parlando di una sua visita al dott. Puecker, direttore della Cassa Distrettuale di Trieste, riferisce che questi si mostrò risolutamente contrario al pagamento delle visite e sostenitore del contributo *à forfait* per tre ragioni: 1° perchè dovendo le Casse per il loro regolare funzionamento sapere esattamente *a priori* il costo del servizio medico devono imporre per necessità lo stipendio fisso; 2° per i risultati catastrofici (*sic*) a cui andarono incontro le Casse dove il servizio a tariffa fu sperimentato; 3° per lo stesso interesse materiale dei medici, ai quali le Casse dovrebbero preferire dare stipendi anche eccessivi ma fissi pur di ridurre al *minimum* le incognite dei bilanci.

Il Martinelli comunicava anche che tra i sostenitori del contratto *à forfait* erano medici delle Casse distrettuali di Trieste e di Trento, e che egli stesso non potè disconoscere la serietà delle obiezioni di un competente come l'avv. Puecker, tantochè finì col proporre a questo una specie di Pauschale, meritandosi nel n. 17 del *Medico Condotto* una tiratina di orecchi dall'altro membro della Presidenza, dott. Ceramicola.

Occorre ripetere qui le ragioni per le quali la Confederazione Generale del Lavoro, in seguito al parere dei tecnici, si è posta spietatamente contro la retribuzione delle singole visite mediche? Basta pensare che il medico — il quale è un animale terreno e non un angelo celeste — avrà tutto l'interesse di presentare la più lunga lista di visite possibile: donde l'incentivo — naturale, ordinario, comune — a fare molte visite.

«Vale a dire che il medico, aumentando il proprio lavoro in relazione alla propria resistenza fisica e ad una saggia distribuzione del tempo, potrà aumentare illimitatamente i suoi introiti. Ma parallelamente, ecco il guaio, aumenterà in maniera illimitata la spesa di assistenza. Nè è il caso di tirare in campo questioni di onestà civica o professionale. Non è in questi nostri tempi in cui tutti, dal pescecane al proletario, cercano di arraffare, che si possa seriamente ragionare in base a simili argomenti. D'altronde, l'abbondare nelle visite è disonestà? L'avvocato cerca molte cause, l'ingegnere molti progetti, il negoziante molti compratori, e il medico cerca fare delle visite. Forse che anche già normalmente la stessa forma morbosa viene curata collo stesso numero di sopraluoghi se si tratta di un povero cristo o di un ricco? Chi vuol far credere che in questi tempi così speciali ciascheduno di noi non si sentirà mai tentato di arrotondare le sue entrate con un certo numero di visite in più, massime se la fatica non sarà poi eccessiva? Se non solo non avremo noie, ma anzi riconoscenza e fama di zelanti funzionari? Nelle nostre grandi case operaie non vi è forse un vespaio di cronici, cardiopatici, enteroptosici, esauriti, isterici, ecc., che sarebbero una *pépinière* per visite di ripiego? Non sarà molto facile, allorquando in queste case già ci troviamo per qualche altra chiamata, fare una capatina qua e là e partire dal casamento con una congrua listerella di visite compiute? Con questa aggiunta: 1° che ad ognuna di queste prestazioni seguirebbe la stesa della sua brava ricettina giustificativa (anche quello dei medicinali, che grattacapo per l'Assicurazione!); 2° che, mentre il libero cliente sa ben lui metter riparo allo zelo eccessivo del sanitario perchè paga di borsa, l'assicurato invece sarà sempre molto lieto di aversi il medico tra i piedi perchè è Pantalone che paga, e diverrà anzi il più valido difensore del medico di fronte a qualsiasi misura che barba d'ispettore volesse prendere.

«Notiamo che finora si è sempre parlato di visita a casa del malato. Ma le Assicurazioni dovranno anche fare i conti colle visite ambulatorie. Vi figurate voi le code di *habitués* a tali ambulanze? Senza andar lontano, basta pensare, p. es., alle eterne cure degli esauriti, dei venerei, oftalmici, ecc., ecc.

«Non è il caso di dilungarci ulteriormente in questo campo. *Ad abundantiam* ricorderò un esperimento che 20 anni fa, qui a Milano, fu tentato in riguardo all'assistenza medica da cittadini che all'uopo si erano associati. Si tratta del già famoso Consorzio che nel giro di qualche anno raccolse ben 60 mila inscritti e che colla stessa rapidità si dissolse, ucciso appunto dalle spese per i medici (e si trattava di L. 0.50 per visita) e corrispondentemente delle medicine. Non fa bisogno che dica che il sistema di pagamento del medico era appunto quello che è stato stabilito nel progetto delle future assicurazioni» (1).

Conclusione: ammesso pure che per i nostri interessi di categoria la retribuzione delle singole visite sia accetta e desiderabile, questo sistema che non coincide coll'interesse della collettività non può offrire sufficienti probabilità di successo. Bando dunque alle speranze destinate a diventare in un imminente domani amare disillusioni.

Nè si dica che la buona prova fatta dalle Mutue nelle *poche* condotte dove sono state sperimentate *da un anno* è caparra della buona prova che si avrà in regime di assicurazione con la retribuzione delle singole visite. Confesso di sentirmi umiliato nell'udire medici — *la facoltà di bene osservare e di ben ragionare rappresentò mai sempre la dote precipua del buon medico* (Murri) — ragionare con tanta deficienza d'osservazione.

Anzitutto non è lecito paragonare negli effetti sociali ciò che avviene in piccolo fra 2000-3000 abitanti con ciò che avverrebbe in grande tra 40 milioni di abitanti. Non si può dedurre dal nessun effetto dell'elioterapia lunare il nessun valore dell'elioterapia solare. È risaputo che il tipo etnico latino, e in sommo grado l'italiano, così risparmiatore e conservatore della proprietà individuale, ha la massima noncuranza della proprietà collettiva o statale. Per noi italiani la roba dello Stato è considerata non di tutti, ma di nessuno: informino i velluti, le tendine, gli specchi, ecc., delle ferrovie. E tutti i colleghi avranno fatto l'osservazione che quei medesimi operai, i quali

(1) Dott. FRACCARI, nel *Medico Italiano*, 14 marzo 1920.

alla piccola locale Società di M. S. non frodorebbero una sola giornata di falsa malattia, sono invece facili a frodare la grande lontana Cassa Nazionale d'infortuni, sia prolungando le giornate di invalidità, sia addebitando al lavoro gli infortuni d'altra origine. Cosicchè dalla mancanza di abusi nelle richieste del medico in una ristretta società mutua — dove, come in una famigliola, ognuno si sente gravato per ogni spesa inutile fatta dagli altri — non è lecito concludere che uguale mancanza di abusi si avrebbe in regime di assicurazioni statali.

Ed un secondo lato del problema va preso in considerazione. La Mutua sanitaria — che oggi si vorrebbe sostituire a quella condotta residenziale che è stata l'aspirazione massima dei vecchi medici e l'oggetto di tanti anni di lotta, e che oggi invece appena raggiunta si vorrebbe gettare a mare — ecco quale viene prospettata in uno statuto-tipo: Società mutua tra gli abitanti della condotta per abbonamento al medico, tassa capitaria di L. 3 annue, assistenza medica gratuita ai malati, onorari medici a carico della Mutua, tariffe mediche di L. 2 ambulatorio, L. 3 a domicilio, L. 5 urgenti, L. 10 notturne. Ignoro se esista qualche remoto angolo d'Italia dove la guerra non abbia avuto ripercussioni economiche; so che nella provincia di Bologna e in molte altre provincie la tariffa è di L. 10 visita semplice, lire 15 urgenza, L. 25 di notte, L. 50 durata di tre ore. Ed allora domando: se la tariffa capitaria di L. 3 fosse elevata a L. 10 per aversi le nostre tariffe (L. 50 annue invece di L. 15 per ogni famiglia di 5 persone) quanti degli abbonati alla Mutua resterebbero? In fondo, mutualità è rischio, e dalla facilità di far rischiare piccole somme in lotterie ad assicurazioni non si può concludere essere altrettanto facile far giocare nel rischio somme rispettabili.

In terzo luogo l'esperimento di un anno solo e di poche e piccole condotte può dirsi conclusivo?

Infine non si è fatto attenzione che contratto privato è cosa assai diversa dal contratto d'impiego. Le mutue private sono contratti annuali, e ad ogni fine d'anno le tariffe posono essere variate ed equiparate alle condizioni del mercato, come avviene per i braccianti, muratori, ecc. Non è così del contratto d'impiego, dove, p. es., è possibile compilare tariffe nel 1865 e mantenerle immutate sino ad oggi, non ostante le innumerevoli proteste dei medici e le altrettanto innumerevoli assicurazioni dei Ministri di G. e G. L'immutabilità delle tariffe delle assicurazioni infortuni (lire 0.50 pei certificati di continuazione, nel 1921 come nel 1903) ci dice ciò che sarà nelle assicurazioni malattie.

Le mutue mediche non possono dunque rappresentare un *experimentum crucis* dell'assistenza assicurativa. La prevenzione è tremendamente ostile alla verità: e non è permesso chiamare esperienza ciò che è soltanto supposizione, la quale è un prodotto intellettuale di valore infinitamente inferiore.

PURTROPPO. — Le nostre due linee, distaccatesi la vostra dal cielo e la mia dalla terra, sono andate convergendo e si sono incontrate purtroppo nell'assistenza gratuita con retribuzione fissa.

Allorchè i medici puntarono sulla gratuità dell'assistenza colla speranza di guadagnare la retribuzione delle singole visite invece dello stipendio fisso, la partita dovevasi considerare già perduta. E poichè ai vinti non resta che pagare, ritengo ormai nostro dovere cercare di sistemarci e adattarci alla cattiva sorte. Dopo aver tanto gridato contro la condotta piena abbiamo finito coll'accettare l'assistenza gratuita a tutti. Ed ora subiamone le conseguenze.

Ecco come e perchè anche io — rimasto ultimo in piedi a combattere contro la condotta piena — devo abbandonare la trincea, accettare la gratuità dell''assistenza medica, e adattarmi — nell'interesse del nuovo istituto d'assicurazione — alla retribuzione fissa capitaria.

Che il principio dell'assistenza medica gratuita a tutti gli assicurati sia lo stesso principio informatore della condotta piena ce lo ha detto lo stesso Martinelli. L'attuale Presidente dell'Associazione Nazionale Medici Condotti nell'esporre la sua relazione sull'assicurazione malattie in quel Congresso di Firenze (20 dicembre 1918) in cui fu eletto, dopo aver premesso che la condotta pei soli poveri gli sembrava rivestire carattere elemosiniero, faceva gli elogi della condotta piena, chiamandola più moderna e preferibile, rappresentando una vera mutua tra gli abitanti di un Comune. Ed aggiungeva testualmente: *non è l'istituzione in sè della condotta piena che noi dovremmo respingere.* E nessuno dei presenti, sebbene tutti fieri avversari della condotta piena in seno alle Sezioni, osò ribellarsi, ed anzi fu per quella relazione che il Martinelli venne designato successore di Brunelli. E che si trattasse di convinzione profonda, da essere trasferita nello studio dell'assicurazione malattie, lo conferma egli stesso il 15 marzo successivo quando scrive: *Ricordo che quando tutti i nostri entusiasmi erano per la generalizzazione della condotta residenziale io non mi sono mai sentito persuaso del tutto. Mi sembrava che il sancire una diversità di trattameto tra poveri e abbienti ripugnasse ai principii umanitari.*

Concludo.

Sino a che mi conforterà la speranza che il progetto parlamentare dell'assicurazione sarà limitato all'assistenza economica e ospitaliera dei lavoratori, continuerò a battermi per l'attuale sistema dell'assistenza medica domiciliare, gratuita pei soli poveri. Che se invece questa sarà avocata all'Assicurazione, entrerò nel gruppo propugnante la retribuzione fissa capitaria coi necessari adattamenti tecnici, pienamente convinto di rendere con ciò vitale e robusto il nuovo Istituto che sempre ho difeso e propugnato con fede altruistica e non per egoismo di categoria.

***

Ritengo di aver dato prove di coscienza dei legittimi interessi di categoria e di tutela dei me-

desimi, ma tale coscienza e tutela non sono così mostruosamente ipertrofizzate da renderle pericolose alla collettività. Nè sarò mai in opposizione agli interessi legittimi e sacri di tutte le altre categorie di lavoratori.

Prima cittadino, poi medico.

E. CINGOLANI.

***

I termini della controversia sono venuti avvicinandosi. Difatti il Cingolani riconosce, senza riserve, i pregi inerenti al sistema capitario (o ad abbonamento) per compensare l'opera del medico.

Egli però subordina questa forma di compenso all'attuazione di un progetto, il quale esclude l'assistenza medica domiciliare dai compiti dell'assicurazione, limitandosi ad assegnare i sussidi di malattia, nonchè l'ospedalizzazione: gli assicurati provvederebbero personalmente a retribuire il medico, valendosi dei sussidi percepiti. L'assistenza domiciliare gratuita rimarrebbe riservata ai soli poveri (esclusi dalle assicurazioni).

A prima giunta questa soluzione, che è stata erroneamente addebitata alla Commissione ministeriale (1) e che va spesso sotto il nome di *progetto minimo,* sembra semplicissima, logica, naturale, vantaggiosa; ma noi temiamo che condurrebbe ad un disastro. Siccome i sussidi-malattia dovrebbero necessariamente tenersi alti, s'ingenererebbe negli assicurati un incoercibile incentivo alla frode; siccome il servizio fiscale dovrebbe accentrarsi inevitabilmente negli stessi medici a cui gli assicurati si affiderebbero per la cura (a meno di creare una mastodontica burocrazia sanitaria incaricata degli accertamenti fiscali, senza facoltà di esercizio libero, cosa assurda), verrebbe fomentata la connivenza colpevole tra assicurati e medici (dato che questi siano esseri suscettibili di debolezze); la corporazione medica nel suo insieme risentirebbe uno scarso benefizio economico dalle assicurazioni, poichè i sussidi-malattia verrebbero impiegati solo in scarsa misura per chiedere e retribuire l'opera onestamente prestata dal medico; non si raggiungerebbero finalità preventive, poichè il medico continuerebbe a non essere chiamato per i casi lievi ed iniziali; non si addiverrebbe all'auspicata sollecita provincializzazione dei servizî sanitarî; e così via.

Questi motivi, che, secondo noi, s'impongono chiari, limpidi, precisi, ci avevano indotto a ripudiare le proposte semplicistiche avanzate e patrocinate dal Cingolani e da altri.

La riforma più organica e più radicale da noi preconizzata — servizio medico domiciliare con compenso capitario, con libera scelta e con indennità residenziali; sussidi-malattia in misura limitata e dopo lunga carenza (per es. di 7-10 giorni); servizio fiscale praticamente autonomo, ristretto alle sole malattie indennizzabili; assistenza istituzionale molto estesa; ecc. — tradisce forse una valutazione incompleta della realtà, come assevera il Cingolani? Si perde tra le astrazioni dottrinarie? Si risolve in un sogno inconsistente? È troppo vasta per essere attuabile? No, dal momento che, nella parte essenziale, costituisce un fatto compiuto in altri Paesi, dai quali non è ammissibile di prescindere.

Siccome il Cingolani discute con la più assoluta buona fede e non ha smarrito il raro e prezioso senso della misura, egli non vorrà mettersi contro l'evidenza, nè deformare il significato o le proporzioni dei fatti.

A mia volta, accetto il suo richiamo alla realtà, nel senso che le innovazioni troppo audaci e non graduate corrono il rischio, nel tradurle in pratica, di urtare contro ostacoli imprevedibili e sono circondate da insidie e avvolte d'ombre e perciò impongono molta avvedutezza e una diligente e matura preparazione; ma nutro fiducia di non essermi sbandato nei regni dell'utopistico, di non aver dato adito a soluzioni imprudenti, avventurose o illusorie, mentre ho tentato di additare e denudare errori e di arginare deviazioni. Riconosco che alcune visioni da me delineate si prospettano in un avvenire non prossimo; ma sono convinto che dobbiamo gravitare verso l'avvenire e non verso il passato.

L. VERNEY.

(1) Cfr. L. VERNEY, « L'Avvenire sanitario », 31 marzo e 7 aprile 1921.

Per le agevolazioni di viaggio ai medici condotti.

Riceviamo:

Egregio dottor Pangloss,

Ella tocca una nota dolorosa, per la quale le spetterebbe tutta la gratitudine dei Medici condotti. Se non che, io sono convinto che poche voci le giungeranno di riconoscenza e di incoraggiamento a proseguire la nobile campagna; così profondo è il mio convincimento della incoscienza ed abulia di quella falange di sanitari, che esercitano in condotta, immiseriti ed isteriliti dalle bizze di parte; dai soprusi delle Amministrazioni; dalle incoercibili gelosie reciproche e conseguenti mutue denigrazioni.

La faccenda che Ella tratta: la *riduzione ferroviaria,* dovrebbe essere cosa sorpassata, dopo che tale concessione fu estesa ai maestri; eppure noi dobbiamo ancora battagliare, per vedere attuata la condotta residenziale, prevista ed imposta dalla legge, ma che ha trovato — sarebbe inverosimile, se non fosse dolorosamente vero — resistenza ed ostilità in centinaia di medici condotti! Parlo di quelli « vecchio stile », s'intende, i quali erano lieti e soddisfatti di vedersi aggiogati al carro della schiavitù, per una manata di scudi, e temevano la concorrenza di chi preferiva attendere agli studi, anzichè rammollire nell'ozio, o abbrutire nel vizio, tutte le idealità affogando in una bottiglia di vino.

Ma noi siamo pagati, quali periti, con la tariffa di sessanta anni fa, mentre il costo della vita si è elevato, solo in quest'ultimo quinquennio, del 1000 per cento; noi non abbiamo saputo imporre la « casa del medico »; non abbiamo saputo rivendicare, agli effetti della pensione, *e quale pensione!* gli anni di studi universitari; non abbiamo conquistato la statizzazione della carriera; non la unicità dello stipendio, per cui, quaggiù,

dei miserabili si buttano avidamente sopra un'offa di 3000 (*sic*) lire; laddove, nelle Marche, si diffidano Comuni che ne offrono 12,000; che vuole che, in tanta difformità di trattamento e di situazione economica e morale, si tenti o si faccia da noi? E difformità di trattamento più speciosa è quella dei viaggi ferroviari.

Una caterva di medici deputati e senatori, liberi di scorazzare da Trento a Trapani, senza il fastidio del borsellino, non si occupano di colleghi, che devono pagare il costo intero del biglietto, per viaggiare... in 3ª classe: tra noi stessi, non onorevoli, e talvolta anche inonorati, molti ve n'ha *medici di reparto* muniti di un fiammante «*permanente*», che non hanno interesse a sostenere i colleghi in così modesta conquista; come mai si potrà riuscire?

Abbiamo, in altro senso, interessi uguali, e mentre pochi si agitano, la gran maggioranza nicchia; o le pare che, per davvero, il privilegiato detentore di un «permanente» si voglia arrovellare, per ottenere ai colleghi, dirò così, diseredati, soltanto una riduzione ferroviaria?

Se, poi, certi vecchi esercenti in condotta, ed anche non vecchi, scambiano l'encefalite epidemica, o *nona*, per il *noma*, apprendono con stupore che, da oltre 15 anni, Schaudinn ha scoperto l'agente patogeno della sifilide, e si domandano inebetiti quali mai bestie rare siano l'anafilassi o le avitaminosi, perchè non hanno avuto mai il modo di rinverdire le loro cognizioni scientifiche, anche per la impossibilità di stralciare dai magri bilanci quanto si spende in un viaggio ferroviario, per recarsi in sedi di Università: allora, apriti cielo, i medici condotti sono ignoranti. Anche se, per es., dal nostro seno si sono espressi dei Jenner e dei Murri! Giustizia sociale!...

Dia, ridia, pesti... ripesti, e, pel momento, si abbia la gratitudine del

dev.mo: R. CORNACCHIONE.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

RIZZO ANTONINO. *Studi sperimentali sul tetano atipico.* — Parma, Tip. Coop. Parmense, 1920.

MONDIO GUGLIELMO. *L'emozione e le psicosi e psiconeurosi da guerra.* — Messina, 1920.

FERRANNINI LUIGI. *Blocco cardiaco con sindrome di Adams-Stokes in individuo ferito al capo e sifilitico.* — Napoli, 1920.

MUGGIA ALBERTO. *L'uso dei grassi nella pratica medica infantile.* — Milano, Stucchi, Ceretti e C., 1920.

BONOLA FRANCESCO. *I riflessi d'automatismo midollare nelle lesioni traumatiche del sistema nervoso centrale.* — Bologna, 1919.

QUERZOLA R. *Caso di rottura di utero in periodo espulsivo con lacerazione vescicale.* — Sogliano, Tip. Botticelli, 1920.

ID. *Caso di sarcoma del tenue.* — Id.

ALTANA GIUSEPPE. *Le condizioni igieniche delle case d'abitazione nel Comune di Reggio Emilia.* — Reggio Emilia, 1920.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8810) *Parenti interessati.* — Dott. G. T. da S. M. G. — Data l'esposizione del quesito da Lei fatta nel consorzio esisterebbe un affine di terzo grado ed un parente di quarto. L'uno e l'altro si debbono astenere quando si tratterà di cose che La riguardano.

(8811) *Pensioni - Riscatto di anni di servizio.* — Dott. U. F. da V. M. — Se era in servizio alla data della istituzione della Cassa di previdenza, può riscattare tanti anni quanti ne occorrono per formare un quindicennio anteriore alla inscrizione. In tal caso come premio di riscatto deve pagare una somma che si aggira fra le quattro o cinquemila lire. Ci dia più dettagliate notizie, compresa l'età, e potremo farle conoscere concretamente quanto potrà avere di pensione.

(8813) *Tariffe medico-legali.* — Dott. A. P. da R. — La nuova tariffa per le perizie medico-legali non è stata ancora approvata e non è, quindi, in vigore. Secondo le nuove norme ogni medico e chirurgo riceve per la prima visita e relazione lire 10 e per le sezioni cadaveriche lire 50 o 60 a seconda che il cadavere non sia ancora inumato o si debba esumare.

(8814) *Ufficiale sanitario - Trasferte - Indennità.* — Dott. F. R. da A. — A termini dell'articolo 86 del Regolamento generale sanitario, all'ufficiale sanitario che per ordine delle competenti autorità esegue missioni fuori della sua ordinaria residenza ha diritto al compenso stabilito per gli impiegati governativi. Epperò, in applicazione del D. L. del 14 settembre 1918, modificato dal successivo del 20 febbraio ultimo, n. 221, compete la indennità di lire 15 al giorno per coloro che sono forniti di stipendio inferiore a lire 6000. Qualora si rientri in residenza nello stesso giorno la indennità è diminuita di un terzo. Usufruendo di vettura fornita dal Municipio non si può pretendere indennità chilometrica. Per il rappresentante del Sindaco si dovrà concludere speciale convenzione col Municipio.

(8815) *Soppressione della condotta piena - Mancata formazione dello elenco dei poveri.* — Dottore E. G da S. — Ha diritto di chiedere, anche in via giudiziaria al Comune l'indennizzo delle perdite da Lei subite per effetto della ritardata compilazione dello elenco dei poveri. Ciò in applicazione del disposto del Codice civile e propriamente dello articolo 1152, in cui è proclamato il principio che ognuno è obbligato a risarcire il danno che produce per fatto proprio. La domanda giudiziale è poi una conseguenza logica della diffida legale che Ella, molto opportunamente, fece notificare al Sindaco circa un anno fa. Non esistono, fino a questo momento sentenze di Corti al riguardo.

(8817) *Ricchezza mobile - Aliquota.* — Dott. E. T. da S. G. I. — L'aliquota della R. M. sugli stipendi superiori a lire 2000 è dell'8,65 % oltre 50

centesimi su ogni cento lire di tassa per le pensioni di guerra e l'aggio all'esattore che varia da Comune a Comune.

(8818) *Rilascio di certificati sanitarii.* — Dottore P. B. da S. — Effettivamente nessuna legge o regolamento obbliga il medico condotto a rilasciare gratuitamente i certificati di cui è parola nel quesito. Si rilasciano, però, generalmente senza compenso per doveroso riguardo alle Autorità e tenuto conto dello scopo sociale e di pubblica utilità per cui sono chiesti.

(8819) *Concorso - Sospensione di termini.* — Dott. C. M. da C. — Il Comune è tenuto ad espletare il concorso con la nomina di uno di coloro che furono compresi nella graduatoria, che hanno un vero diritto da far valere qualora fosse, invece, bandito un nuovo concorso.

(8820) *Pensione - Computo degli anni utili per conseguirla.* — Dott. G. I. da I. T. — Il servizio militare con interruzione di carriera ed il servizio interinale è calcolato solamente per determinare il momento di acquisto del diritto a pensione, ma non per la effettiva liquidazione di essa, sempre quando, però, si sia nel frattempo adempito all'obbligo del pagamento dei contributi. Per la guerra si aggiunge all'ordinario servizio con diritto a pensione un anno per ciascuno delle campagne del 1915 ed anni seguenti. Questa disposizione si applica a diverse categorie di militari del R. Esercito e della R. Marina in conformità di quanto dispone l'articolo 1° del D. L. del 4 settembre 1916, n. 1207.

(8821) *Stabilità - Nomina senza concorso.* — Dott. G. G. da N. — Risposto con lettera speciale come da richiesta.

(8822) *Carcere mandamentale.* — Dott. I. P. da B. — Il medico delle carceri mandamentali deve essere pagato dal Comune capoluogo di mandamento, salvo rivalsa verso gli altri. Si rivolga, quindi, al Sindaco di detto Comune e chieda adeguato emolumento in base all'articolo 237 del Regolamento per la esecuzione della legge Comunale provinciale.

(8823) *Medico direttore di ospedale - Incompatibilità dell'ufficiale sanitario.* — Dott. F. B. da F. — Stando al disposto del capitolato che fu, a suo tempo, debitamente approvato dalla G. P. A., compete al medico condotto del primo reparto la direzione dell'ospedaletto locale. Nè il Comune può disconoscere tale diritto coll'addurre che nella gestione dell'ospedale, esistendo apposita Commissione, non vi ha che vedere, in quanto che il capitolato in cui tale diritto fu solennemente affermato, fu redatto dal Consiglio Comunale e non da altro Corpo, Istituto o Commissione. Il di Lei diritto ad esercitare l'ufficio di Direttore del Nosocomio decorre dal giorno 29 dicembre 1920 in cui fu approvato il capitolato suddetto. Se non incompatibilità legale esiste certamente una incompatibilità morale per l'ufficiale sanitario che sia figlio del veterinario municipale.

Doctor JUSTITIA.

Esami per medici di bordo. — All'abb. n. 11289:

Gli esami per medico di bordo si faranno, probabilmente, fra pochi mesi, forse all'inizio dell'autunno. Il programma degli esami è mutato, per cui non è possibile dire se il libro indicato dal collega risponderà ancora ad una adeguata preparazione. Tale programma è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 30 aprile, e sarà riprodotto in uno dei prossimi numeri di questo giornale.

g. s.

Concorso medico di reparto Ferrovie dello Stato. — All'abbonato 3276:

Se la Direzione Generale ha scelto uno dei tre concorrenti indicati come idonei dalla Commissione esaminatrice dei titoli ogni ricorso è inutile.

Dr.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere in seguito a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

7. Provincia di *Verona*: Dott. Umberto Polettini, del Comune di Vigasio, L. 300 — Dott. Augusto Severi, del Comune di Legnano, L. 300 — Dott. Arturo Perinelli, del Comune di Caprino Veronese, L. 150 — Dott. Attilio Perusi, del Comune di Erbè, L. 150 — Dott. Giovanni Ceschi, del Comune di Garda, L. 150 — Dott. Giuliano Castagneti, del Comune di Soave, L. 150.

8. Provincia di *Belluno*: Dott. Fossà Luigi, del Comune di Arziè, L. 200 — Dott. Agosti Francesco, del Comune di Belluno, L. 200 — Dott. Zorzi Luigi, del Comune di Feltre, L. 200 — Dott. Garuti Pietro, del Comune di Fonzaso, L. 200 — Dott. De Lene Pietro, del Comune di Lamò, L. 200 — Dottor Del Zotto Giuseppe, del Comune di Mel, L. 200 — Dott. Tenore Giuseppe, del Comune di Pedavena, L. 200 — Dott. Mariani Giuseppe, del Comune di Puos-Farra d'Alpago, L. 200 — Dott. Marchi Ferruccio, del Comune di Sedico, L. 200 — Dottor Colie Gaetano, del Comune di Trichiana, L. 200.

9. Provincia di *Chieti*: Dott. De Vincentis Ernesto, del Comune di Casoli, L. 300 — Dott. Pelliccciotti Paolo, del Comune di Chieti, L. 100 — Dott. Giammaria Giovanni, del Comune di Pescara, L. 200 — Dottor Antonucci Giulio, del Comune di Scerni, lire 200 — Dott. Giacomucci Raffaele, del Comune di Vasto, L. 200 — Dott. Mucci Anchise, del Comune di Pollitri, L. 100.

10. Provincia di *Como*: Dott. Lonati Piero, del Comune di Bellagio, L. 150. — Dott. Sassi Alessandro, del Comune di Cantù, L. 150 — Dott. Pedraglio Giuseppe, del Comune di Moltrasio, L. 150 — Dott. Benazzi Pietro, del Comune di Rovellasca, L. 100 — Dott. Magenta Cesare, del Comune di Albese, L. 100 — Dott. Guelfi Gaetano, del Comune di Appiano, L. 100.

CONCORSI.

CANNARA (*Perugia*). — Ci si comunica: per deficienza di concorrenti la scadenza è stata prorogata di venti giorni.

CARTOCETO (*Pesaro-Urbino*). — Cond. piena con probabilità di essere cambiata in residenziale; lire 8000 oltre L. 1200 c.-v.; L. 1800 per cav.; L. 300 per casa di abit., avvertendo che se la cond. sarà cambiata in residenz., lo stipendio sarà ridotto. Scad. 31 mag.

CASOLE D'ELSA (*Siena*). — Due cond.; L. 6000 e 8 trienni di ventesimo; L. 2000 per cav.; doppio caro-viv.; L. 500 quale uff. san. per la 1ª cond.; tariffa per gli abb. Alle ore 16 del 31 mag.

CASTELNUOVO CERVO (*Novara*). — Scad. 31 mag.; L. 400 fino a 300 pov.; addizion. di L. 3; per alloggio L. 500; quale uff. san. L. 500; quinquenni del decimo; caro-viveri di legge.

CONFIENZA (*Pavia*). — L. 6500 residenza, con 4 quadrienni del decimo; L. 1000 per 1000 poveri; L. 3 addizionali (i poveri sono 2000 circa); L. 2000 indennità cavallo e vettura; L. 500 quale uff. san. Alloggio con scuderia, fienaia, rimessa e giardino mediante canone da stabilirsi. A tutto il 25 mag.

PIANO DEL VOGLIO (*Bologna*). — A tutto il 15 mag., 2 condotte; ab. 3000 con 180 poveri circa ciascuna; L. 8000, aumentabili come al regolam. per gli impiegati comunali; caro-viv.; L. 1200 per residenza disagiata; L. 3000 per mezzi di trasp. Eventuale cambiam. di resid. per la 2ª cond.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Consorzio con Scheggino; L. 6000 e c.-v. per 1000 pov.; indennità disagiata resid. fino a L. 2000 (da concordare fra medico e comuni); eventuale indennità di residenza povera; tre quinq. del decimo. Scad. 30 giug.

SERRA DEI CONTI (*Ancona*). — A tutto il 31 mag.; 2ª condotta residenz., prevalentem. chirurgica; lire 13,000; due caro-viv.; bienni del ventesimo fino a L. 17.000; L. 2400 per mezzo trasp.; per gli abbienti metà tariffa dell'Ordine. Servizio entro 40 giorni.

STIA (*Arezzo*). — 1ª condotta; L. 6000; quattro quinquenni del decimo; due caro-viv.; l'amministrazione provvede cavallo e vettura. In corso di approvaz. aumento dello stipendio e altre concessioni. A tutto 25 mag.

TERELLE (*Caserta*). — L. 6000 residenziali; capitolato della G. P. A. Scad. 20 mag.

AVVERTENZA. — Si vedano anche gli annunzi pubblicati nei fascicoli precedenti.

***

Diffide.

Revoca di diffida: Campagnano di Roma (Roma).

UFFICI DI COLLOCAMENTO.

Piemonte e Liguria, Torino, via dei Mille 16 (presso l'O. d. M.);

Lombardia: Milano, via Dogana 2 (presso la Presidenza centrale dell'A. N. M. C.);

Tre Venezie: Verona, Stradone Superiore Maffei 10 (presso l'O. d. M.);

Emilia e Romagne: Bologna, Archiginnasio (presso la Sezione Bolognese dell'A. N. M. C.);

Mantovano: Mantova, via Arrivabene 3 (presso l'O. d. M.);

Ferrarese: presso l'O. d. M.

Chiedere le condizioni.

Per tutti i colleghi in cerca di posti vacanti mettiamo gratuitamente a disposizione il nostro giornale. Gli annunzi debbono essere brevi; il recapito non dev'essere dato presso i nostri uffici.

***

In Padova, con sede presso la R. Clinica Medica, s'è costituito un Comitato fra Laureati e Laureandi in Medicina con lo scopo tra l'altro di contribuire al collocamento dei Medici nelle tre Venezie.

Esso ha aperto un Ufficio che fornirà gratuitamente e nel modo più completo possibile tutte le notizie riguardanti: interinati, condotte, concorsi, posti d'assistenti ospedalieri e che sarà un facile punto di ritrovo sia per i medici condotti e i Comuni che avessero bisogno di sanitari; sia per i colleghi in cerca di posto. Quanti avessero bisogno sono pregati di dare la loro adesione.

Dirigente l'ufficio è il dott. A. Bacchichetti (Regia Clinica Medica, Padova).

NOTIZIE DIVERSE.

La delegazione della Croce Rossa Italiana al X Congresso delle Croci Rosse.

La Delegazione Italiana ha portato in questo Congresso, adunatosi testè a Ginevra, il lievito di idee nuove.

Si deve al rapporto del sen. Ciraolo ed all'opera del prof. Rossi Doria la più efficace risoluzione dei problemi circa *l'intervento delle Croci Rosse nelle guerre civili.*

Si deve ad un altro rapporto del sen. Ciraolo, sulla *organizzazione del Soccorso Internazionale ai popoli colpiti dalle calamità,* ed all'ardente difesa che ne ha fatto nella Commissione e nell'Assemblea, l'approvazione di un principio nuovo di *assicurazione mutua fra gli Stati contro le calamità*: concorso di ogni cittadino, di ciascuno Stato, mercè una piccola tassa annua di assicurazione. Questa tesi ha prevalso per il tenace fervore del Presidente della Croce Rossa Italiana, ed inizierà una orientazione di pensiero e di sentimento. È stata pure fatta dal sen. Ciraolo la proposta del *grande appello da rivolgersi in comune accordo dal Comitato Internazionale della Croce Rossa e dalla Lega delle Croci Rosse, per combattere lo spirito di guerra diffuso ancora nel mondo.* Sono di un rapporto del sen. Ciraolo le conclusioni per il *coordinamento di tutte le opere filantropiche di ogni paese da parte della Croce Rossa,* per evitare sperpero di tempo, di denaro e di energie.

Sono state votate le proposte di due altri delegati italiani: del prof. col. Baduel sul *materiale e sulle infermiere;* del conte Vinci, che sostenne la risoluzione adottata per *la convivenza di Rappresentanze di Croci Rosse straniere insieme con la nazionale di ogni paese.*

Il ten. col. Zanghieri, delegato del R. Governo Italiano, partecipò ai lavori delle Commissioni per *lo studio del miglioramento del trattamento dei prigionieri di guerra;* e sulla proposta di *revisione della Convenzione di Ginevra* il conte Vinci presentò un rapporto.

Oltre l'importanza singolare di ciascuna proposta, fu mirabile lo spirito animatore del pensiero e dell'opera della C. R. I., che ha portato in questo Congresso non soltanto idee nuove, ma anche la coscienza di un'azione sempre più vasta della C. R., della quale, nel suo discorso sulla Cassa Internazionale di soccorso, l'on. Ciraolo spiegò il grande cómpito umano di preparare con i fatti, piuttosto che con i trattati, la grande società dei popoli.

Comitato romano antitubercolare.

Coll'intervento di numerosi consiglieri si è riunito il Comitato romano antitubercolare presieduto dal prof. Vittorio Ascoli.

Il segretario generale prof. Ugo Mariotti riferì sulle pratiche svolte col Municipio per l'istituzione di un nuovo dispensario antitubercolare a Testaccio; dette ampi dettagli sull'attività svolta dall'*Ufficio Centrale antitubercolare* (Via Galilei 25), che rappresenta il centro di osservazione e di informazioni per tutte le differenti attività antitubercolari che si svolgono a Roma.

Furono presi accordi preliminari per la *giornata della tubercolosi* nella quale dovrà essere spiegato al pubblico l'importanza e l'urgenza della lotta antitubercolare e dovrà farsi la raccolta di fondi fra il ceto commerciale, industriale, luoghi di divertimento e fra il pubblico in genere, fondi che saranno destinati all'incremento delle istituzioni esistenti e alla creazione delle nuove provvidenze antitubercolari.

La data della *giornata della tubercolosi* non è stata ancora fissata.

Introduzione di cinconina.

Il Ministero dell'Interno ha dato notizia, per mezzo delle Prefetture, ai Presidenti degli Ordini dei farmacisti, che dall'America è stata importata una notevole quantità di idroclorato di cinconina e che viene messa in commercio come idroclorato di chinina. La circolare rileva che per quanto i recenti studi abbiano riconosciuto ai sali di cinconina la stessa efficacia terapeutica dei sali di chinina, non può e non deve tollerarsi che da parte dei farmacisti si facciano, in generale, sostituzioni nelle prescrizioni mediche; questo atto costituendo, di per sè, un reato contemplato dall'art. 321 del Codice penale, ed una frode commerciale, dato il minor costo dei sali di cinconina rispetto a quello dei sali di chinina. I signori Prefetti disporranno perchè sieno eseguite saltuarie ispezioni presso le officine farmaceutiche e le farmacie allo scopo di assicurarsi che tanto nelle preparazioni di prodotti chimici, quanto nella spedizione delle prescrizioni mediche, non venga usato il predetto sale di cinconina in sostituzione, parziale o totale, del dichiarato o prescritto idroclorato di chinina.

***

Plaudiamo alla onesta circolare: ma non si potrebbe permettere ai medici di ordinare sali di cinconina, efficaci quanto quelli di chinina e vendibili a prezzo minore, più adatto alle piccole borse?

È necessario soltanto garentirsi della purezza della cinconina.

Nota d. Redaz.

Corsi di perfezionamento a Napoli.

Il giorno 30 maggio 1921 avranno inizio presso la Clinica Pediatrica, la Clinica Ostetrico-Ginecologica e la Clinica Oto-rino-laringologica della R. Università di Napoli tre corsi di perfezionamento per laureati in medicina e chirurgia, autorizzati dal Ministero della P. I. Tali corsi avranno carattere eminentemente pratico.

Avranno la durata rispettiva di circa due mesi il primo, di mesi tre il secondo; per il terzo non è indicata la durata.

La quota d'iscrizione, da versare all'Economo della R. Università, è per il primo corso di L. 200, più L. 50 per tassa d'esami e di diploma; per il secondo corso L. 300 per la iscrizione, più L. 200 per spese di materiale nel funzionamento dei Reparti Clinici; per il terzo corso di L. 200.

Le iscrizioni, che saranno limitate, si ricevono presso le tre Cliniche.

Un Consiglio Comunale di Sanità a Terni.

L'Amministrazione comunale di Terni ha promosso un Consiglio di Sanità, i cui scopi sono specificati nella seguente relazione della Giunta, approvata dal Consiglio comunale:

«Le stesse ragioni che indussero questa Amministrazione a istituire organi di consultazione per altri rami, l'hanno consigliata a proporvi l'istituzione del Consiglio di Sanità.

«Esso sarà costituito da *tutti* gli esercenti l'arte sanitaria, residenti in Terni e suo territorio, farmacisti, veterinari e medici, siano liberi esercenti che dipendenti dal Comune, in servizio o in quiescenza: farà capo all'Ufficio Sanitario, e sceglierà nel proprio seno un *Comitato esecutivo* composto di cinque membri.

«Il Consiglio ed il suo Comitato fiancheggeranno l'opera dell'Ufficiale sanitario e rivolgeranno le loro cure — a seconda delle rispettive competenze — al miglioramento dei servizi municipali riguardanti: *l'assistenza sanitaria e farmaceutica per malati a domicilio* (condotte mediche, chirurgiche, ostetriche, somministrazione dei medicinali ai poveri, servizio delle farmacie); *l'assistenza sanitaria ospitaliera* (ospedale, ambulatorio medico-chirurgico e ginecologico, dispensario celtico); *la profilassi delle malattie infettive in genere e della tubercolosi e delle malattie veneree in ispecie; la igiene degli alimenti e delle bevande; la tutela igienica della prima infanzia; l'igiene scolastica, l'igiene del lavoro e quella delle abitazioni; la raccolta e la distribuzione delle immondizie;* ed in genere tutto quanto ha riferimento all'igiene cittadina; e presenterà ogni anno al Consiglio comunale una circostanziata relazione dell'opera svolta».

Casa di cura per impiegate e commesse malate.

È sorta a Milano, in una villetta nel Viale Buonarroti, una modesta Casa di cura col compito di assistere le collaboratrici degli Uffici e dei negozi, le quali non possono essere accolte in ospedale e difficilmente hanno modo di curarsi a domicilio.

Iniziata con un modesto ambulatorio in Via Castelfidardo, l'istituzione s'è trasferita dall'agosto 1919 nella villa che occupa attualmente, acquistata col contributo di generosi oblatori. Accoglie ogni forma di malattie, esclusa la tubercolosi. Alla Casa è annesso un ambulatorio che funziona quotidianamente e gratuitamente per tutte le impiegate e commesse della città ed è fornito di ricco materiale per radioscopie, cure elettriche e operazioni di piccola chirurgia. L'istituzione ha bisogno di nuovi fondi per completare l'impianto e per seguitare il funzionamento. La direzione è affidata al prof. Forlì.

Rappresaglia politica contro un sanitario.

Una curiosa crisi si è determinata in seno al Consiglio comunale socialista di Crespellano (Bologna), dove quella maggioranza estremista si è opposta alla nomina a veterinario del dott. Enrico Saetti che non appartiene ad alcun partito e che è riuscito primo in graduatoria, volendo favorire il terzo classificato, noto per le sue idee comuniste. Schierandosi dalla parte del Saetti, il sindaco dott. Ferro, un centrista, ha rassegnato le proprie dimissioni. È imminente un intervento prefettizio.

Un'associazione per lo sviluppo delle relazioni mediche tra la Francia ed i paesi alleati.

È stata fondata a Parigi. Si propone di richiamare nella Francia, in missione e viaggi di studi, medici e studenti stranieri; di far loro visitare laboratorî ed ospedali; di inviare all'estero missioni di studio e d'insegnamento; d'avere in ciascun paese dei medici corrispondenti e nell'associazione corrispondenti dei paesi stranieri.

L'A. D. R. M. (*Association pour le développement des relations médicales*, ecc.), ha per presidente il prof. Hartmann; ha sede nella Facoltà di medicina (Sala Béclard).

Onoranze al prof. Sormani di Pavia.

Il giorno 16 aprile, nell'aula dell'Istituto d'Igiene, una folla di colleghi, di allievi, di amici e di estimatori si è riunita per tributare solenni onoranze al prof. Giuseppe Sormani, che fu sino allo scorso anno direttore di quell'Istituto. La cerimonia riuscì commovente per le attestazioni di alta stima e di profondo affetto all'illustre igienista. Autorità, personalità, uno stuolo di medici si erano dato convegno al Palazzo Botta.

Il Comitato per le onoranze ha fatto murare nell'Istituto una lapide a perenne ricordo del suo benemerito fondatore e ha offerto in dono al maestro un'artistica medaglia.

Parlarono il dott. Pietro Trovati, presidente dell'Ordine dei medici di Pavia, il quale lesse pure le numerose adesioni di Istituti scientifici, di Autorità e di personalità; il prof. Franchi, in nome del Rettore dell'Università, e il prof. Falchi, in nome del Preside della Facoltà di Medicina. Quindi il prof. Ernesto Bertarelli — successore del festeggiato alla Cattedra d'Igiene — pronunciò un alato discorso, ricordando il contributo portato dal prof. Sormani coll'insegnamento, colle ricerche, colle pubblicazioni al progresso dell'igiene. Lo seguì il prof. Costantino Gorini — della Scuola superiore di Agricoltura — il quale ricordò con affetto d'allievo la vita di studii e di lavoro del maestro. Parlarono ancora il prof. Boni Icilio, Presidente della Società d'Igiene di Milano, il quale ricordò specialmente l'opera del Sormani come ex-presidente di questa antica Società milanese; quindi Bajla e Fiorentini dell'Ufficio d'Igiene di Milano, Pezza, Ufficiale Sanitario di Mortara, e il prof. Predieri di Pavia. A tutti rispose commosso e riconoscente il festeggiato.

e. b.

È morto in età ancora giovane il prof. ALBERTO CAVAZZANI di Pisa, medico primario onorario degli Spedali di Pisa e libero docente nell'Università stessa, noto nel ceto medico studioso per i suoi lavori di patologia e di clinica medica e per la grande competenza, che lo rendeva il consulente reputato e gradito in vasta zona della Toscana.

Se i suoi meriti come scienziato lo mettevano in prima linea fra quelli che illustravano la medicina italiana, ancora più brillavano in lui le qualità del cuore. Era amatissimo dalla popolazione di Pisa in tutti i ceti e lascia unanime rimpianto anche nella classe medica.

Il prof. Cavazzani ha lasciato all'Università di Pisa l'intera sua sostanza, per fondare un premio perpetuo da assegnarsi al migliore lavoro inteso a svelare e smascherare plagi, frodi, errori nel campo delle scienze mediche in primo luogo, od in qualunque altro scibile, allo scopo di moralizzare la produzione scientifica italiana.

L'Università di Pisa ha accettato il legato. Il premio porterà il nome di Guido ed Alberto Cavazzani, in memoria anche del padre del testatore, che fu eccellente chirurgo e padre di una famiglia di medici ben noti. C.

Si è spento a 77 anni in Varese, appena dieci giorni dopo la morte dell'adorata sposa, l'esimio dott. AUGUSTO MORSELLI. Medico condotto, medico militare nelle guerre di indipendenza d'Italia, libero professionista a Bologna, esercitò sempre l'arte sua, intendendola come una missione di bene fra i suoi simili.

D'ingegno pronto, di cultura varia ed estesa, di grande perizia medica, conquistò subito la fiducia del pubblico e la stima dei Colleghi tutti, i quali rimpiangono la perdita di un uomo di così elette virtù e di onestà così rara.

Dott. EGIDIO TOSCHI.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Deficienze di spazio ci hanno costretto più volte ad interrompere questa rubrica, la quale aveva incontrato molto successo fra gli studiosi.

Confidiamo ora di poterla riprendere senza dover andare incontro a discontinuità.

I periodici verranno da noi registrati nell'ordine stesso con cui pervengono alla redazione.

Non ci sarà possibile di segnalare che una minima parte dei lavori in essi pubblicati; nella cernita ci faremo guidare dai seguenti criteri: dare la preferenza agli argomenti che possono interessare di più per il carattere di *novità* o per quello di *praticità;* segnaleremo anche le riviste sintetiche più pregevoli e complete.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, apr. T. T. THOMAS. Lussazione abituale della spalla. — W. BOYD. Resistenza dei tessuti nelle affezioni cancerose. — C. L. STARR. Chirurgia ricostruttiva nella pratica civile. — L. K. P. FARRAR. L'acidosi in chirurgia.

Journal of the American Medical Association, 2 apr. — T. B. OSBORNE, L. B. MEUDEL, I. M. WASON. Oftalmia da deficienze dietetiche. — MAYO J. La professione medica e il pubblico. — N. GORDON. Intossicazione da eroina.

La Medicina Ibera, 23 apr. — G. TRIVINO G. La aspergillosi polmonare.

Giornale di Clinica Medica, 20 mar. — A. VALENTI. Il chaulmoogra iodato.

Pensiero Medico, 2 aprile. — I. ANTONELLI. Particolari reperti nelle pleuriti con versamento.

Rivista critica di Clinica Medica, 15 aprile. — A. SALMON. Sul meccanismo del fenomeno di Babinski.

Revue de Médecine, n. r. R. BENSAUDE e G. GUÉNEAUX. Dilatazione diffusa e generalizzata, detta idiopatica, dell'esofago. — RÉMOND e ROUZAND. L'azotemia e la colesterinemia degli emicranici. — M. PÉHU e L. LANGERON. Cianosi congenita parossistica.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle, II. — J. CAPPELLI. Sifilide secondaria tardiva e reinfezione. — A. PASINI. Sifilide e trauma. — G. A. AMBROSOLI. La proteinoterapia non bacterica di alcune malattie della pelle.

Tubercolosi, marzo. — V. FICI. Ipereccitabilità meccanica muscolare nella tubercolosi apicale.

L'Evolution Médico-Chirurgicale, aprile. — W. DE KEATING-HART. Enteroptosi ed entero-anastasi.

American Medicine, marzo. — J. M. TAYLOR. Il metabolismo del calcio.

Medizinische Klinik, 24 aprile. — O. MINKOWSKI. Il posto nosologico dell'atrofia gialla acuta del fegato. — R. STEPHAN. Il meccanismo d'azione della tripano-flavina.

Journal des Praticiens, 23 aprile. — R. TOUPET. Il nodo chirurgico. — P. NIEL. La rieducazione del l'udito col metodo Parrel.

La Riforma Medica, 30 aprile. — A. BERTOLINI. L'azoto non ureico del sangue ed il significato clinico del suo aumento.

L'Ospedale Maggiore, 31 marzo. — T. DE HIERONYMIS. La funzione moderna degli ospedali.

Revue Médicale de la Suisse Romande, aprile. — G. G. MOPPERT. Valore comparativo delle reazioni del sangue nelle feci.

Journal de Médecine de Paris, 30 aprile. — NOBÉCOURT. Le congestioni pleuro-polmonari acute nell'infanzia.

Endocrinology, marzo. — G. MARANON. Il diabete insipido quale sindrome ipofisaria. — F. M. POTTENGER. I sistemi simpatico e para-simpatico.

Archives of Radiology and Electrotherapy, aprile. J. H. DOUGLAS WEBSTER. Azione del radium e dei raggi X sulle cellule cancerigne.

Indice alfabetico per materie.

Roma. 1921 — Tip. Cartiere Centrali I. Pozzi ed. resp.

☛ *È pubblicato:*

Dott. MARIO FLAMINI

Medico nel Brefotrofio Provinciale, già assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma
Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia

Manuale di Pediatria Pratica

(Seconda edizione)

Volume in 8°, di pagine VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo. — In commercio **L. 20**, ma agli associati al "Policlinico„ che aggiungeranno sole

☛ L. 15 ☚

al prezzo del loro abbonamento pel 1921, o che ci rimetteranno subito detto importo mediante cartolina-vaglia se l'abbonamento già fu da essi pagato, il Manuale verrà loro immediatamente inviato franco di porto e raccomandato.

INDICE

Prefazione. — PARTE I. **Assistenza al bambino sano.** — CAPITOLO I. - *Alcune nozioni di fisiologia del bambino.* Accrescimento del bambino. Tubo digerente. Feci del bambino. Capo. Organi dei sensi. Deambulazione. Temperatura. Polso Respiro. Sonno. Parola. — CAPITOLO II. - *Il neonato normale e prematuro. - Prime cure.* Taglio del cordone ombelicale. Assistenza al neonato in caso di asfissia. Cura degli occhi. Primo bagno. Assistenza al prematuro. Lotta contro il raffreddamento del corpo. Alimentazione del prematuro. — CAPITOLO III. - *Igiene generale del bambino.* La bambinaia. Camera del bambino. Igiene della pelle: Bagno. Vestiario. Sonno. Uscita. Giuochi: Giocattoli. — CAPITOLO IV. - *Allattamento.* Latte. Allattamento naturale. Allattamento materno. Allattamento a balia. Divezzamento Allattamento artificiale: *a*) Provvista del latte; *b*) Modificazioni del latte; *c*) Sterilizzazione del latte; *d*) Somministrazione del latte al poppante. Allattamento misto. Altri alimenti, oltre al latte che si somministrano durante l'allattamento: *a*) Farine diastasate; *b*) Farine amido-diastasate; *c*) Farine amilacee; *d*) Farine composte. Preparazione di alcuni altri alimenti o bevande, che si possono somministrare anche prima del divezzamento. — CAPITOLO V. - *Alimentazione del bambino dopo il 1° anno*: *a*) Alimentazione dal 1° al 15° mese; *b*) Alimentazione dal 15° mese a 2 anni; *c*) Alimentazione dai 2 ai 4 anni; *d*) Alimentazione dal 4° al 7° anno; *e*) Alimentazione dopo il 7° anno. Preparazione di alcuni alimenti e bevande per i bambini dopo il divezzamento. — CAPITOLO VI. - *Irrobustimento - Ginnastica.* — CAPITOLO VII. - *Alcune norme di igiene del bambino durante gli anni della scuola.* — PARTE II. **Nozioni generali di terapia infantile.** — CAPITOLO I. - *Alcune norme generali di assistenza al bambino ammalato.* Camera del bambino ammalato. Dosaggio dei medicinali. Somministrazione dei medicinali per via buccale. Somministrazione degli alimenti e delle bevande. Preparazione di alcuni alimenti e bevande per bambini ammalati. Gelatina d'orzo o di avena. Acqua albuminata. Brodo vegetale. Beaf tea. Succo di carne. Clisteri nutritivi. — CAPITOLO II. - *Alcuni metodi di cura - Indicazioni e tecnica.* Idroterapia. Cataplasmi di seme di lino. Applicazione del caldo e del freddo asciutto sulla cute. Rimedi fisici esterni per far sudare. Rivulsivi cutanei. Lavande gastriche: Clisteri; Enteroclismi; Suppositori; Proctoclisi; Lavande vaginali e vescicali. Cura degli occhi, orecchi e naso. Cura della gola: Polverizzazioni; Inalazioni. Iniezioni: Ipodermoclisi Puntura lombare: Puntura dei ventricoli. Salasso. Iniezioni epidurali. Massaggio. Applicazioni elettriche. — CAPITOLO III. - *Norme generali di assistenza nelle malattie contagiose.* — CAPITOLO IV. - *Cure climatiche.* Norme da seguire per il bagno di mare. La cura solare. — PARTE III. **Diagnosi e cura delle più comuni malattie dell'infanzia.** — CAPITOLO I. - *Malattie dei neonati.* Cefaloematoma. Afte di Bednar. Oftalmia dei neonati. Paralisi ostetriche. Malattie dell'ombelico. Mastite dei neonati. Sclerema e Scleredema dei neonati. Melena dei neonati Pemfigo dei neonati: Pemfigo semplice; Pemfigo sifilitico. Ittero dei neonati. Setticemia dei neonati. Morbo di Winckel. Morbo di Buhl. Tetano dei neonati. — CAPITOLO II. - *Malattie infettive acute:* Difterite. Morbillo. Rosolia. Scarlattina. Quarta malattia. Varicella. Vaiuolo: Vaccinazione. Pertosse. Parotite epidemica. Febbre ganglionare. Tifo addominale. Enterocolite dissenteriforme. Meningite cerebro-spinale epidemica. Poliomielite epidemica. Corea minore. Porpora. Anemia da Leishmania. Eresipela. Influenza. Reumatismo articolare acuto. Malaria. Morbo di Weihl. Setticemie. — CAPITOLO III. - *Malattie infettive croniche.* Sifilide ereditaria. Tubercolosi: 1° Predisposizione; 2° Tubercolosi delle ghiandole peribronchiali; 3° Tubercolosi polmonare; 4° Tubercolosi ossea; 5° Meningite tubercolare; 6° Peritonite tubercolare; 7° Tubercolosi intestinale; 8° Tubercolosi milare. La tubercolino-terapia. — CAPITOLO IV. - *Malattie dell'apparato respiratorio.* Coriza acuta. Rinite cronica. Popili nasali. Corpi stranieri nel naso. Epistassi. Laringite acuta: Pseudo croup. Malattie del timo. Stridore laringeo congenito. Tracheite e bronchite acuta. Bronchite capillare. Bronco-polmonite. Polmonite crupale. Bronchite cronica. Bronchiectasia Asma bronchiale. Broncopolmonite e polmonite cronica. Pleurite sierosa e pleurite secca. Empiema. — CAPITOLO V. - *Malattie dell'apparato digerente.* Disturbi della dentizione. Ritardo della dentizione. Carie dei denti. Anomalie di posizione dei denti. Stomatiti. Malattia di Riga. Perlèche. Tonsilliti. Ipertrofia delle tonsille. Vegetazioni adenoidee. Ascesso retro-faringeo. Imbarazzo gastrico. Rigurgito e vomito dei poppanti. Stenosi congenita del piloro. Vomito ciclico. Anoressia. Metodi pratici di esame delle feci dei poppanti e loro importanza diagnostica. La Teoria di Finkelstain sui disturbi di nutrizione dei poppanti. Dispepsia gastro-intestinale. Intolleranza per il latte. Gastro-enterite acuta. Enterite acuta. Enterite cronica: Atrofia. Intussuscepzione. Appendicite. Peritonite acuta. Stipsi abituale. Prolasso del retto. Ragadi anali. Parassiti intestinali. Ittero catarrale. Cirrosi del fegato. — CAPITOLO VI. - *Malattie dell'apparato circolatorio.* Pericardite acuta. Pericardite tubercolare. Obliterazione del pericardio: Morbo di Pick. Endocardite. Miocardite. Vizi di cuore acquisiti Vizi congeniti di cuore. — CAPITOLO VII. - *Malattie dell'apparato genito-urinario.* Nefrite acuta. Nefrite cronica. Nefrite materna ed allattamento. Albuminuria ortostatica. Tubercolosi dei reni. Cistite. Fimosi del prepuzio. Vulvo vaginate. Onanismo. Idrocele. — CAPITOLO VIII. - *Malattie del sistema nervoso.* Trombosi dei seni. Meningite acuta. Idrocefalo cronico. Encefalite acuta. Sclerosi a placche. Atassia ereditaria. Morbo di Little. Atonia muscolare congenite. Idiozia: Imbecillità. Isterismo. Epilessia. Spasmofilia. Enuresi notturna e diurna. Terrori notturni. Insonnia. Atrofia muscolare progressiva. — CAPITOLO IX. - *Malattie costituzionali del sangue e del ricambio.* Rachitismo. Mixedema: Ipotiroidismo. Morbo di Barlow. Diatesi essudativa. Anemia Anemia splenica: Morbo di Banti. Leucemia. Morbo di Hodgin. Diabete mellito. Diabete insipido. — CAPITOLO X. - *Malattie della pelle.* Intertrigine. Exema. Impetigine contagiosa. Lichen orticato Sudamina. Pediculosi. Scabies. Tigna favosa. Erpete tonsurante del cuoio capelluto. — **Posologia infantile.**

N. B. — La sopra indicata speciale agevolezza resterà in vigore soltanto sino al 31 corrente e non sarà prorogata per nessuna ragione. — Si consiglia altresì, causa l'enorme costo delle tariffe postali, di non richiedere mai spedizioni gravate di assegno, ma di inviare sempre il preciso importo di quanto si desidera, mediante cartolina-vaglia, che resta ancora il mezzo meno dispendioso.

Prof. Cav. GIACINTO QUARTA, libero docente di patologia speciale medica nella R. Università di Roma.

VADEMECUM DELLA INFERMIERA IN CASA E NEGLI OSPEDALI

***Seconda edizione* accuratamente riveduta ed ampliata - Un volume di circa 285 pagine, riccamente illustrato.**

Prezzo Lire 5. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole Lire 4 70 (franco di porto e raccomandato).

☛ Per ricevere subito quanto sopra inviare Cartolina-Vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXVIII Roma, 23 Maggio 1921 **Fasc. 21**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI SAMPIERDARENA.
Reparto neurologico
diretto dal prof. SILVIO RICCA.

Spondilosi rizomelica con sindrome di Froin.

Contributo clinico

per il dott. EMANUELE BANCHIERI, assistente.

L'etiologia e specialmente la patogenesi della spondilosi rizomelica, nonostante le numerose ipotesi fatte, restano ancora poco o niente chiarite.

Mi sono indotto alla pubblicazione del presente caso di spondilosi rizomelica, osservato l'anno scorso nel reparto, appunto perchè, date alcune sue caratteristiche, permette di portare un contributo al problema etiologico della malattia e di discuterne altresì il problema patogenetico.

Storia clinica. — G. Salvatore, di anni 48, facchino da carbone. Negli antecedenti famigliari non vi è altro fatto degno di nota all'infuori di dolori al collo sofferti dalla madre negli ultimi dieci anni di vita, dolori di natura non precisabile.

Antecedenti personali. — È un bevitore e un fumatore discreto: a 20 anni ebbe un'ulcera al pene, indolente, che guarì senza cura; a 25 anni una polmonite acuta.

A 30 anni, mentre lavorava alla demolizione di un vapore cadde nella stiva da un'altezza di circa 4 metri; fu trasportato all'Ospedale; non sa riferire la natura della lesione riportata, si può sapere solo che subito dopo la caduta avvertì un forte dolore alla parte bassa della schiena, dolore che continuò poi in seguito, sempre molto forte, obbligandolo spesso a letto. Rimase degente per circa tre mesi: uscì migliorato ma non guarito, tanto che per tre

anni successivi non potè più lavorare. Tanto nel periodo di degenza all'Ospedale che dopo provò sempre forti dolori localizzati specialmente alla schiena nella sua parte bassa, che qualche volta si estendevano in avanti a guisa di una cintura dolorosa attorno all'addome; non erano continui, ma subivano spesso remissioni più o meno brevi, seguiti da riprese molto violente, sia spontanee, sia specialmente in rapporto alle condizioni atmosferiche; in genere le riprese avvenivano durante la stagione invernale.

Dopo il primo attacco, gli residuò una limitazione nei movimenti del tronco sul bacino, tale fatto aumentò poi in seguito dopo ogni successiva ripresa dei dolori stessi; tanto i dolori che la rigidità in principio erano localizzati alla parte bassa della schiena, nella evoluzione successiva della malattia, i dolori si spostarono in alto e la rigidità si estese anche alla parte alta della schiena; alla difficoltà di muovere il tronco si aggiunse anche un discreto grado di incurvamento in avanti del medesimo.

Questa alternativa di remissioni e di riacutizzazioni del processo durò in complesso 10 anni, per poi cessare quasi del tutto; rimase la rigidità, l'incurvamento in avanti e modici dolori. Stette bene per circa due anni, trascorsi i quali comparvero dolori alla radice della coscia sinistra abbastanza forti, cui si andò aggiungendo poco a poco un invincibile atteggiamento flessorio della gamba sul bacino per cui fu obbligato a camminare più curvo di prima. In questi ultimi tempi si sono aggiunti anche dolori alla radice della coscia destra, non molto intensi, alla muscolatura degli arti superiori, alla regione esterna delle due gambe.

Da otto anni ha dovuto smettere di fare il facchino non potendo più sopportare pesi sulle spalle; ha lavorato fino a poco tempo fa adibito allo scavo del carbone.

Esame obiettivo. — L'ammalato si presenta in piedi col tronco molto curvo in avanti e alquanto a sinistra, tenendo la coscia di sinistra un po' flessa sul bacino. All'esame della colonna si riscontra che essa è completamente rigida in ogni direzione nella porzione lombare e dorsale; la cervicale invece è mobile in tutti i sensi. La regione lombare non presenta la normale lordosi, è invece alquanto sporgente; la curva cifotica dorsale della colonna è molto esagerata; sono dolenti alla pressione le apofisi spinose lombari. Le costole sono come saldate alla colonna, non si muovono affatto durante la respirazione, che è a tipo totalmente addominale.

Facendo coricare l'ammalato, la coscia di sinistra resta in posizione di semiflessione sul bacino e non è possibile, nemmeno passivamente, riportarla sul piano del letto; ogni tentativo diretto in questo senso mette in evidenza una resistenza tipo osseo che impedisce il normale compiersi del movimento; al massimo l'estensione della coscia arriva ad un angolo di 45°; la flessione e l'adduzione si compiono quasi completamente; l'abduzione invece è assai ostacolata. I movimenti attivi sono tutti possibili nei suddescritti limiti di mobilità. La coscia di destra è anche essa alquanto rigida nei vari movimenti, ma molto meno che la sinistra. Nessuna alterazione obbiettiva si riscontra a carico delle articolazioni delle ginocchia, piedi e degli arti superiori.

Si nota una ipotrofia discreta ai muscoli delle doccie vertebrali; l'eccitabilità meccanica muscolare è molto aumentata per i muscoli della massa lombare, glutei e per quelli delle due coscie, specie nella loro porzione prossimale; ivi la muscolatura, più per gli adduttori, tende ad uno stato spasmodico. Non vi è dolenzia alla pressione dei tronchi nervosi degli arti superiori ed inferiori; riflessi tendinei normali agli arti superiori, molto vivi agli arti inferiori; i cutanei sono tutti presenti e normali. Nessuna alterazione a carico della motilità volontaria degli arti.

L'esame accurato delle varie specie di sensibilità, (superficiale, ossea e profonda) non dà a conoscere alcuna alterazione obbiettiva; l'esame elettrico dei vari gruppi muscolari e specialmente dei muscoli delle doccie dà reperto normale; nervi cranici normali; nessuna lesione importante ai visceri.

L'ammalato presenta alla regione frontale una tumefazione grossa quanto una nocciuola di colore grigiastro, fluttuante ed indolente (che afferma essere sorta a poco a poco da circa un mese); nel fare l'esame si rompe la pellicola che la ricopre e si vuota il suo contenuto, che consiste in un liquido vischioso, giallastro. Esaminata la cavità così messa in evidenza, si nota che essa si continua coll'osso sottostante che appare usurato: con uno specillo si attraversa il tavolato esterno della diploe e si arriva contro il tavolato interno.

ESAMI SPECIALI.

Esame radiologico (praticato dal dott. Castruccio alla cui cortesia debbo anche il reperto radiologico e che vivamente ringrazio). — Radiografia della colonna vertebrale: le vertebre lombari e quasi tutte le dorsali appaiono come fuse insieme e avvolte da un manicotto osseo omogeneo che unisce un corpo all'altro; si nota una ossificazione dei menischi, dei legamenti gialli e la scomparsa quasi completa delle apofisi trasverse, specialmente di quelle lombari, altresì un certo grado di rarefazione dei corpi, i cui margini sono alquanto incavati; non si osservano produzioni osteofitiche. Questo processo si continua fino alla IV dorsale, in alto tende a diminuire di intensità: il tratto dorsale superiore e cervicale si presentano radiologicamente normali. L'aspetto complessivo della colonna vertebrale nella porzione lesa è quella di un tubo uniforme.

Esiti di frattura (callo) della IX costola sinistra sulla paravertebrale.

Radiografia delle articolazioni coxofemorali. A sinistra il margine della testa femorale appare deformato, il cercine cotifoideo presenta osteofiti ed irregolarità: osteofiti accentuati si notano pure lungo il margine posteriore ed inferiore dell'ischio e del pube, anche verso il foro otturatorio, dando a questo tratto osseo un aspetto irregolare; a destra lieve esostosi del ciglio cotiloideo.

Esame del sangue. — Globuli rossi 4.200.000; globuli bianchi 6.200. — Formola leucocitaria: neutrofili 80-76 %; eosinofili 1 %; linfociti 18-22 %; Mastzellen 0,50 %.

Esame dell'urina. — Negativo.

Wassermann sul siero. — Positiva.

Il 28 aprile 1920 viene praticata la prima puntura lombare che dà esito ad un liquido sotto forte pressione di aspetto opalescente, leggermente xantocromico.

Dopo circa mezz'ora il liquido si coagula: il coagulo è trasparente e tenace, tanto da poter rovesciare la provetta senza che si distacchi: agitando un po' forte il coagulo si rompe, si separa in una massa liquida piuttosto densa e in una specie di ragnatela.

L'esame chimico, citologico e biologico di questo liquido dà i seguenti risultati: Pandy + + + + Nonne 1ª + + + +. Glucosio (metodo Benedikt quantitativo) diminuito; 0,10 per mille.

Esame microscopico. — 143 linfociti per millimetro cubico (Nageotte). Wassermann sul liquido positiva a 2 decimi.

Il 3 maggio 1920 si inizia un trattamento mercuriale (calomelano al 10 % per iniezione endomuscolare).

Alla 3ª iniezione si pratica una seconda puntura lombare; si ottiene un liquido limpido con pressione normale; risultato dell'esame: Pandy + +. Nonne 1ª + +. Glucosio normale: 0,50 per mille.

Esame microscopico: 37 linfociti per millimetro cubico. Wassermann parziale.

Alla VI iniezione si pratica una terza puntura lombare; si ha un liquido di aspetto e pressione normale. Risultato dell'esame: Pandy + Nonne 1ª +. Esame microscopico 22,5 linfociti per millimetro cubico. Wassermann negativa.

Al principio del luglio 1920 si comincia una serie di iniezioni endovenose di Neojacol; alla V iniezione si pratica una IV puntura lombare colla quale si ottiene un liquido di nuovo xantocromico, che esaminato mette in evidenza alterazioni analoghe presso a poco a quelle riscontrate nella prima puntura.

Sin dalle prime iniezioni di calomelano si ebbe un deciso effetto sui fenomeni dolorifici che a poco a poco diminuirono sino a scomparire del tutto; un qualche beneficio dalla cura antisifilitica si ebbe anche per quello che riguarda la motilità: l'ammalato camminava un po' meno curvo, più speditamente (riusciva per es. a fare le scale più svelto di prima). Obiettivamente si riscontrava che la estensione della coscia sinistra sul bacino avveniva in modo più completo di prima.

La gomma dell'osso frontale era andata rapidamente cicatrizzandosi e dopo un mese di cura era completamente guarito. Si ebbe quindi in seguito alla cura antisifilitica un miglioramento subiettivo ed obiettivo discreto.

* * *

Nella classificazione delle artropatie croniche e diffuse della colonna vertebrale si è arrivati in questi ultimi tempi ad una relativa semplificazione. Ai numerosi quadri dapprima individualizzati (tipo Strumpell-Marie, tipo Bechterew, ecc.) si sono sostituiti fondamentalmente due tipi:

1° La rigidità cronica e diffusa della colonna vertebrale, espressione di una localizzazione di reumatismo articolare deformante alla colonna, o *spondilosi cronica deformante.*

2° La rigidità cronica e diffusa della colonna vertebrale in cui prevale la ossificazione dell'apparato legamentoso o *spondilosi cronica anchilopoietica* (*spondilosi rizomelica*).

La individualizzazione di questi due tipi è basata in modo prevalente sui rispettivi substrati anatomo-patologici e sui reperti radiologici.

Nella prima forma prevalgono le deformazioni dei corpi vertebrali, i voluminosi processi osteofitici specialmente ai margini dei corpi vertebrali stessi, spesso formanti un ponte fra un corpo e l'altro.

Le articolazioni vertebrali non subiscono un processo di anchilosi completa, spesso sono colpite dallo stesso processo altre articolazioni oltre quelle della colonna (specialmente le articolazioni distali degli arti).

Tali fatti si rilevano molto bene all'esame radiologico ove si vede che di frequente i corpi vertebrali per le deformazioni avvenute assumono la forma di un rocchetto da diabolo e le produzioni osteofitiche l'immagine di un becco di pappagallo.

Nella seconda forma invece il corpo vertebrale non appare molto deformato; non si osservano produzioni osteofitiche; l'apparato legamentoso della colonna (articolazioni intervertebrali, costovertebrali, legamenti interspinosi, gialli, menischi intervertebrali) è sede di un processo di ossificazione che conduce ad una anchilosi completa. Di frequente restano prese dallo stesso processo le articolazioni prossimali degli arti (più frequentemente quelle coxofemorali).

L'immagine radiologica della colonna per la ossificazione dei menischi e un certo grado di rarefazione dei corpi è quella di un tubo uniforme e omogeneo.

Il caso in questione per il reperto clinico obiettivo e specialmente per quello radiologico va ascritto alla seconda di queste forme, nè su ciò può esservi dubbio concordando due fattori probativi in questo senso (lesione delle due articolazioni coxofemorali; reperto radiologico).

L'interesse particolare del presente caso sta nella presenza di una infezione celtica in atto e nei rapporti fra questa e il processo spondilosico. Altro elemento importante è l'esistenza di un processo meningeo cronico, rilevatosi unicamente attraverso le alterazioni del liquido cefalo-rachidiano (sindrome di Froin).

* * *

Nella etiologia della spondilosi rizomelica sono citate cause traumatiche, professionali, tossinfettive.

Fra le traumatiche il trauma unico grave, tra le professionali certe attitudini obbligate della schiena (contadini, scrivani, ecc.), ovvero anche piccoli e continui traumatismi alla colonna (facchini, ferrovieri, ecc.). Cause infettive invocate sono la infezione blenorragica, tubercolare, meno frequentemente la sifilitica, inoltre anche altre infezioni.

Nel nostro caso si potrebbe incriminare la professione di facchino da carbone, quale causa della malattia. Senonchè, data la enorme sproporzione tra la frequenza di questo mestiere e la rarità del morbo negli operai di questa categoria, a me sembra che una conclusione positiva in detto senso non abbia effettivamente dati molto sicuri in suo appoggio. Si tratta in fondo più di un problema etiologico generale che individuale, limitabile al nostro caso; non credo perciò opportuno di insistere in una discussione che non mi sembra suscettibile di nessuna conclusione veramente probativa.

Per quanto riguarda il trauma, se si tien conto che il quadro della spondilosi rizomelica nel nostro soggetto ha esordito subito dopo il trauma stesso, con una evoluzione sua propria e progressiva, tale da obbligare il paziente al riposo per circa cinque anni, non si può fare a meno di dubitare fortemente sul valore etiologico, nel senso proprio della parola, di questo accidente traumatico. È molto più verosimile che lo stimolo traumatico abbia solo servito a fare esplodere un processo latente, come avviene in tante altre forme, le tubercolari in modo speciale. Infatti manca nella storia del nostro caso la possibilità di distinguere due fasi della malattia; una prima fase traumatica, e una seconda spondilosica; separazione necessaria per ammettere che la lesione vertebrale sia stata la conseguenza mediata del fattore traumatico. Perciò anche per questo lato della etiologia della spondilosi rizomelica non mi pare di poter portare, col malato che sto studiando, un contributo veramente probativo.

Appare invece evidente nel nostro caso la importanza etiologica del fattore infettivo (sifilide). È indubbio che il G... fosse un sifilitico, sia per i reperti biologici positivi (Wassermann), sia per la presenza di una gomma in atto, sia infine per l'effetto del trattamento antisifilitico.

Questo è poi il fatto decisivo in riguardo al problema etiologico nostro, giacchè indica non solo l'esistenza di una infezione celtica, altresì anche il suo rapporto colle lesioni scheletriche. Queste non poterono naturalmente migliorare nei loro esiti anchilotici e in tutti gli altri fatti di deformazione strutturale ossea, trattandosi di fatti anatomici stabili non suscettibili certamente di regressione; migliorarono però in tutto il loro corteo infiammatorio, essendosi ridotti e quasi scomparsi i dolori, ed essendo anche in piccola parte regrediti i fatti di rigidità, (quelli imputabili a retrazioni infiammatorie dei tessuti molli e a contratture di difesa). Anche la motilità attiva migliorò in questi limiti, proporzionatamente.

Dato questo complesso di fatti non mi sembra azzardato concludere senz'altro che la spondilosi rizomelica del nostro soggetto sia veramente imputabile alla infezione spirochetica. E così credo (nell'attuale esiguità casuistica di pubblicazioni positive in proposito) (1) di aver portato al problema etiologico della malattia un contributo meritevole di essere pubblicato.

*
* *

Veniamo ora a considerare la sindrome di Froin rilevata nel liquido cefalo-rachidiano del nostro paziente.

Innanzi tutto quale è il valore semeiologico di questa sindrome?

La sindrome di Froin consiste nel fatto che il liquido cefalo-rachidiano, xantocromico, subisce, dopo un po' di tempo da che è stato estratto, un processo di coagulazione, sia spontanea, sia dopo l'aggiunta di alcune goccie di sangue fresco. Essa fu in principio comunicata in casi di meningo-mieliti non diffuse (Froin, Babinski, Sicard, Donath, Tedeschi, Fornaca, Marinesco e Radovici, Mastrezat, Rogier, Derrien, ecc.), poi anche in casi di tumori midollari (Flatau, Blanchettiere, Marie e Bouttier, Lejonne, Demole, ecc.); ultimamente anche nel decorso di meningiti diffuse (Debré e Paral, Froin e Foy). Pare che essa dipenda dal fatto che una parte del sacco durale viene ad essere separata dalla rimanente parte superiore, determinando così una stasi del liquido cefalo-rachidiano; il fatto si realizzerebbe nei casi di meningite per un proceso iperplastico che determinerebbe una sinfisi attorno al midollo; nel caso di tumore questo agirebbe meccanicamente comprimendo il midollo ed ostruendo lo spazio perimidollare. Nella generalità dei casi descritti la separazione in due sacche del cavo rachideo si ebbe nella porzione lombare; però sono stati osservati casi in cui l'occlu-

---

(1) I casi finora pubblicati di spondilosi rizomelica sifilitica secondo quanto mi risulta, sono veramente esigui: (casi di Cantani, Ascoli, Stancanelli).

sione risiedeva in alto (Villaret); io ho osservato recentemente una sindrome di Froin in un caso di Pott dorsale superiore.

Quando questa è determinata da un processo meningeo di solito il liquido cefalo-rachidiano oltre alle alterazioni chimiche presenta il reperto di una pleiocitosi più o meno abbondante, reperto che manca nel caso che sia dovuta a tumore. La coagulazione poi avviene per una grande quantità di fibrinogeno che in presenza di fibrinfermento, liberatosi nella provetta, coagula.

La presenza del fibrinogeno in grande quantità si ritiene da alcuni dovuto ad emorragia; però il solo fatto emorragico non mi pare che da solo possa produrre il fenomeno: ho avuto spesso occasione in questo Ospedale di seguire con punture lombari successive il comportamento del liquido cefalo-rachidiano in soggetti che avevano avuto gravi traumi vertebrali, con lesione del midollo e con imponenti versamenti emorragici nel sacco durale all'atto del trauma e successivamente per emorragie secondarie, e in cui il liquido cefalo-rachidiano aveva assunta una xantocromia molto intensa, e mai ho potuto riscontrare la coagulazione del liquido, sia spontanea, sia dopo l'aggiunta di sangue; è più probabile quindi che intervengano anche altre cause (alterazioni della permeabilità meningea?).

Nel nostro caso, data la presenza di una abbondante linfocitosi noi dobbiamo ammettere oltre alla occlusione del sacco durale spinale (che non sappiamo precisare se sia unica o multipla ed a quale altezza giacchè non ci fu possibile praticare punture di Quincke a differenti livelli) anche la esistenza di un processo infiammatorio meningeo. Se si esamina la casistica relativa alla sindrome di Froin si nota come in tutti i casi pubblicati, ad eccezione di uno che non mi sembra completamente chiaro di Demole, si avesse sempre una imponente sintomatologia neurologica consistente nella maggior parte dei casi in sintomi di lesione trasversa più o meno grave del midollo. Di fronte a tutta questa letteratura positiva il nostro caso forma una eccezione veramente interessante; infatti non solo non si ebbero mai fatti di lesa innervazione midollare, ma anche i sintomi radicolari (radicolalgie) furono così scarsi e così inquadrabili nella lesione vertebrale, da rendere assai dubbio il loro rapporto colla constatata lesione meningea. Questa invero noi possiamo fondatamente ritenere che abbia decorso in rapporto al quadro clinico, in modo latente o quasi. Sotto questo punto di vista il nostro caso si presenta adunque con uno speciale interesse. Alla numerosa casuistica di reazioni meningee latenti nei sifilitici rilevabili colla solita sindrome della essudazione proteica e linfocitaria, si potrà così aggiungere anche la possibilità di lesioni croniche meningee latenti più gravi e tali da essere capaci di produrre alterazioni anatomiche (aderenze menigo-meningee, o meningo-midollari) arrivanti persino a fatti di occlusione del sacco durale.

Invece per quanto riguarda la presenza di una lepto-meningite cronica, nel nostro soggetto, e i suoi rapporti colla patogenesi della sua spondilosi rizomelica, il problema mi sembra assai più complicato e di soluzione più difficile e dubbia.

È noto come il Bectherew abbia cercato di spiegare il suo tipo di spondilosi con una alterazione primitiva delle meningi, con radicoliti secondarie che avrebbero prodotto a mezzo di paralisi muscolari e di alterazioni nell'atteggiamento e nella mobilità della colonna una definitiva alterazione della stessa, con esito in anchilosi; è noto pure come altri AA. più recentemente abbiano cercato di modernizzare l'ipotesi patogenetica del Bectherew nel senso di ammettere pur sempre un'alterazione primitivamente nervosa, ma con diverso meccanismo. Si tratterebbe in simili casi di lesione simpatico e di alterazioni endocriniche, con successive alterazioni neurotrofiche dello scheletro; lesioni nervose, la cui causa dovrebbe ricercarsi in un processo di meningite cronica.

Nel nostro caso l'assenza di fatti radicolari di deficit non rende verosimile la spiegazione patogenetica del Bectherew. Il non aver poi riscontrato alcun segno fondato di alterazione del simpatico e di alterazioni endocriniche, con terna, (non ho fatto ricerche biologiche speciali perchè la sintomatologia clinica non mi sembrò tale da suffragare sospetti in questo senso) rende pure poco verosimile la spiegazione neurotrofica cui abbiamo sopra accennato.

Mi sembra perciò più probabile ritenere nel nostro soggetto, come effetto di una semplice coincidenza, la concomitanza delle due sindrome, scheletrica e meningea: ritengo preferibile questa conclusione negativa alle altre ipotesi positive che avrebbero a loro favore, a parer mio, più l'apparenza che non la sostanza intima dei fatti. D'altra parte poi, la casuistica anatomo-patologica pubblicata, della spondilosi rizomelica, scarsa in fondo per quanto riguarda le alterazioni meningee, (Bectherew, Benedetti, Achard e Clerq, ecc.), concorda in modo assai soddisfacente con questa mia conclusione negativa.

Riepilogando il caso attuale di spondilosi rizomelica presenta dunque di particolarmente

interessante la sua etiologia sifilitica e la concomitanza del processo scheletrico con una leptomeningite cronica saccata.

Sampierdarena, febbraio 1921.

BIBLIOGRAFIA.

Sulla spondilosi rizomelica:

1. ACHARD et CLERQ. *Ankilose spondilo-rizomelique de la région cervico-dorsale et des épaules avec autopsie syryngomiélique.* Soc. Neur. de Paris, 1900.
2. ASCOLI. *Contributo allo studio della spondilosi rizomelica.* Policlinico, 1898.
3. BENEDETTI. *Caso di spondilosi rizomelica con autopsia.* Annali del Manicomio di Perugia, 1909, n. 4.
4. CANTANI. *Sulle anchilosi della colonna vertebrale.* Policlinico, 1900.
5. ELDAROFF. *Anatomia patologica della spondilosi rizomelica.* Riv. Russa di Medicina, 1909, n. 6.
6. LERI A. *Spondilose rizomélique in Lewandowki's.* Handbuch der neurologie. Bd. 2, 1911.
7. MARIE et LERI. *Anatomie pathologique de la spondilose rizomélique.* Nouv. Icon de la Salp., 1906.
8. PENDE. *Spondilosi rizomelica e osteomalacia.* Policl., 1919.
9. STANCANELLI. *Caso di spondilosi rizomelica in rapporto colla sifilide costituzionale.* Annali malattie veneree, 1908, n. 10.

Sulla sindrome di Froin:

1. BABINSKI. Soc. méd. des Hôpitaux, 1903, 23 ottobre.
2. BLANCHETTIERE et LEJONNE. Gaz. des Hôp., 1919, n. 104.
3. DEBRÈ et PARAL. Presse Médicale, 1913.
4. DEMOLE V. Revue Neurologique, 1915, 20-21.
5. DONATH. Wiener Kl. Woch., 1905. 50.
6. FLATAU E. Soc. de Neur. et de Psych. de Varsavia, 1910, 19 nov.
7. FORNACA. Gaz. Osped. e Clin., 1906, 48.
8. FROIN. Gaz. des Hôp., 1903.
9. FROIN et FOY. Gaz. des Hôp., 1908.
10. LOCHELONGUE. *Le liquid chéfalo-rachidien et ses anomalies.* Maloine, 1918, Paris.
11. MARIE, FOY BOUTTIER. Soc. Neur. de Paris, dic. 1914.
12. MARINESCO et RADOVICI. Nouv. Icon. de la Salp., 1913.
13. MASTREZAT et ROGER. Gaz. des Hôp., 1909.
14. MASTREZAT, DERRIEN et ROGER. Revue Neur., 1909, 17.
15. SICARD et DESCOMPS. Gaz. des Hôp., 1909.
16. TEDESCHI. Gaz. Osped. e Clin., 1906.
17. VILLARET et RIVES. *Travail du centre neur. de guerre de la XVI région,* 1915.

NOTE E CONTRIBUTI.

CIVICO OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - SPEZIA.
Reparti Chirurgici
diretti dal prof. dott. R. CASSANELLO.

L'acido osmico nella cura dei ritardi di consolidazione delle fratture ossee.

Dott. GIUSEPPE ARNAVAS, assistente.

Fra gli svariati mezzi proposti con varia fortuna per eccitare il processo osteogenetico nelle fratture a ritardata consolidazione, non ho visto menzionato nei resoconti degli ultimi Congressi chirurgici l'uso delle iniezioni di acido osmico: così, nè al Congresso della Società Italiana di Ortopedia tenutosi in Bologna nell'ottobre del 1919, nè a quello della Società Italiana di Chirurgia a Roma nell'ottobre 1920, ove pure è stato largamente discusso sui moderni trattamenti delle fratture, se ne è fatta parola.

Scarsi sono pure stati i contributi che dell'uso dell'acido osmico nella terapia delle fratture non tendenti alla consolidazione ha fatto conoscere la stampa medica.

Pur tuttavia questo trattamento non costituisce più una novità: fu primo il Winiwarter a proporre l'uso dell'acido osmico in Chirurgia e precisamente nei sarcomi; nel 1882 il Novaro l'usò in un caso di frattura spontanea del femore, dovuta a gomma sifilitica, e ne ottenne un ottimo risultato dopo poche iniezioni: ne continuarono l'uso lo Zanardi e l'Onorato della Clinica Chirurgica Genovese: ma il suo impiego ebbe scarsa diffusione, e forse a torto: nella divisione chirurgica dell'Ospedale Civile di Spezia, ove i fratturati ossei, specie sul lavoro, sommano ad oltre un centinaio ogni anno, noi lo usiamo con costante efficacia.

Riferirò, poichè credo possa tornare utile, i casi che furono oggetto di questa speciale terapia.

Uno dei casi più dimostrativi è quello di certo M. L. da Fivizzano, d'anni 62, il quale veniva colpito il 30 maggio 1919 da una frana alla gamba sinistra, riportando la frattura comminuta della tibia e del perone al loro terzo superiore, con vaste ecchimosi dell'arto stesso. Ricoverato all'ospedale, la frattura viene ridotta in narcosi e l'arto contenuto in un apparecchio gessato.

Il soggetto è un vecchio terrazziere, sano e robusto, senza stigmate patologiche degne di nota.

In quarantesima giornata l'apparecchio viene tolto, ma si constata, anche radioscopicamente, che non vi è accenno a consolidazione della frattura: si applica allora un apparecchio a trazione continua e nel contempo si sottopone l'arto a massaggi, bagni salsoiodici, ma inutilmente, finchè, dopo ottanta giorni

dal trauma, persistendo mobilità completa dei frammenti, non ritenendosi indicata la sutura ossea per il numero molteplice delle scheggie, si decide di praticare una prima iniezione di due centimetri cubici di soluzione osmica all'uno per cento, iniettando il liquido tra i frammenti principali, servendosi a tal uopo della lastra radiografica precedentemente fatta.

L'arto era stato adagiato e fissato su di una stecca di Esmarch. Il paziente prova al momento dell'iniezione un vivo dolore urente che si irradia alla parte distale dell'arto, dolore che si dilegua dopo una ventina di minuti, per lasciare posto ad un senso di torpore e ad ipoestesia che scompare il mattino seguente: alla sera l'arto è un po' edematoso ed il paziente ha un rialzo termico a 38°.5. Ma alla sera successiva anche questi inconvenienti sono scomparsi. Dopo sei giorni dalla prima, ripeto un'altra iniezione di 2 cmc. di liquido, cambiando la località da iniettare; ricompare il dolore e con esso anche l'edema che si fa più intenso e più duraturo, mentre l'innalzamento termico non giunge che a 37°.5. Dopo tre giorni l'edema scompare. A distanza di sei giorni l'una dall'altra ripeto altre tre iniezioni, constatando dopo ciascuna, con lievi differenze, gli stessi fenomeni reattivi immediati già constatati alla prima iniezione: finchè dopo 35 giorni di cura ottengo un callo solido e forte, controllato alla radiografia. Il paziente lascia l'ospedale il 10 novembre 1919, presentando solo un raccorciamento dell'arto di 2 cm.

Riporto sommariamente gli altri casi trattati con l'acido osmico senza dilungarmi in quadri nosologici completi che sarebbero superflui.

D. E., d'anni 43, da Carro, operaio. Ricoverato il 18 febbraio 1919 per frattura del femore destro al terzo superiore, con vasto ematoma sottocutaneo ed intramuscolare, malgrado la costruzione ripetuta di apparecchi a trazione continua prima, e poi di apparecchi gessati, previa la confricazione dei monconi, massaggi, bagni ecc., alla metà di giugno non presentava ancora accenno a consolidazione alcuna: 5 iniezioni di acido osmico all'uno per cento praticate a distanza di 6 giorni una dall'altra nella quantità di un cmc. riuscivano di effetto sorprendente: il paziente il 29 luglio 1919 lasciava l'ospedale con un consolidamento perfetto, con pochi centimetri di raccorciamento dell'arto, camminando bene.

P. C., d'anni 59, nato a Caserta, bracciante. Il 15 luglio 1919 viene ricoverato per frattura del femore sinistro al terzo inferiore complicata da emartro del ginocchio: dopo due mesi di apparecchio, non sortendo alcun risultato, si ricorre alle iniezioni di acido osmico. Dopo sei di queste il paziente può lasciare l'ospedale il 20 novembre 1919 con perfetta consolidazione dell'arto fratturato.

G. F., d'anni 54, nato a Pescia, bracciante, venne ricoverato l'11 dicembre 1919 per frattura della tibia sinistra al terzo medio, complicata da grave contusione dei tessuti molli soprastanti: tardando il consolidamento, alla fine di aprile 1920 si dovette ricorrere alle solite iniezioni di soluzione al due per cento con buon esito, così che il paziente potè lasciare l'ospedale il 4 maggio 1920 in ottime condizioni.

F. E., di anni 17, da Spezia, contadino, il 9 luglio 1920 veniva investito da un'automobile e riportava la frattura completa delle ossa della gamba sinistra al terzo inferiore. Anche in questo, dopo lunga ed inutile attesa della formazione di un buon callo, si dovè ricorrere alle iniezioni di acido osmico. Bastarono solo tre iniezioni al due per cento, che furono ben tollerate, perchè il paziente lasciasse l'ospedale in buone condizioni il 30 settembre 1920.

V. L., d'anni 35, nato a Vezzano Ligure, operaio, il 16 agosto 1920 si fratturò ambedue le ossa della gamba destra al terzo inferiore: trattavasi di una frattura a becco di flauto della tibia e del perone, con notevole spostamento dei monconi e di difficile coattamento: dopo tre mesi non si era formato che un callo fibroso con grande mobilità preternaturale dei monconi: si dovette ricorrere anche qui ad una serie di sei iniezioni di soluzione osmica al due per cento, le quali sortirono un ottimo risultato, per cui il paziente potè lasciare l'ospedale il 9 gennaio 1921, in buono stato.

V. G., d'anni 30, da Pavullo del Frignano, veniva ricoverato pochi giorni dopo del precedente, cioè il 19 agosto 1920, per frattura della tibia e del perone della gamba sinistra al terzo inferiore, anch'essa a becco di flauto, e con notevole spostamento dei monconi. Anche in questo traumatizzato dopo tre mesi dal trauma non si aveva che un debole callo fibroso, per cui si dovette ricorrere alle iniezioni di soluzione osmica al due per cento, praticate in numero di cinque, le quali, anche in questo caso, diedero ottimo esito, in quantochè il paziente potè il 9 gennaio 1921 lasciare l'ospedale con un buon callo, controllato alla radiografia.

Tali sono stati i risultati ottenuti dall'azione dell'acido osmico in questi casi di fratture che, fra le centinaia capitate alle nostre cure negli anni 1919 e 1920, mostrarono un notevole ritardo alla loro consolidazione; esso ebbe il potere o di accelerare un lento processo di consolidamento o di provocare ed attuare questo, dopo che per parecchio tempo di cure non si era potuto ottenere nessun accenno di neoformazione o di trasformare rapidamente un callo fibroso in un callo osseo.

Qual'è il meccanismo di azione di un tale medicamento?

I fatti immediati che seguirono alle iniezioni di acido osmico furono quelli di una certa infiammazione reattiva dei tessuti della regione iniettata: dolore, rossore, tumefazione, raggiungente a volte una certa intensità, febbre.

Il prof. Mario Segrè della Clinica Chirurgica di Modena, che istituì una serie di espe-

rienze nei conigli, così conclude: «Parmi si «possa fin d'ora asserire che l'acido osmico «determini nel periostio e nel midollo osseo «delle alterazioni evidenti, che se non pro-«priamente in rapporto con un risveglio del «processo di ossificazione vero e proprio, so-«no per lo meno l'esponente di uno stato in-«fiammatorio grave, specialmente poi quelle «del midollo, di uno stato cioè di iperfunzio-«nalità degli elementi cellulari».

Così, trasportando questi risultati sperimentali nella Clinica, tenendo conto di ciò che abbiamo osservato nei nostri casi, siamo portati ad attribuire all'acido osmico una vera azione eccitante osteogenetica sugli elementi cellulari del periostio specialmente e del midollo osseo.

Ad ogni modo, quale sia il meccanismo d'azione dell'acido osmico nella cura delle fratture a ritardata consolidazione, certo si è ch'essa costituisce un ottimo presidio terapeutico non pericoloso e alla portata di tutti.

Come dettaglio importante di tecnica, consigliamo di avere sempre cura di praticare specialmente le iniezioni nei tratti che intercedono fra i frammenti ossei non consolidati oltre che nelle immediate loro vicinanze.

Marzo, 1921.

BIBLIOGRAFIA.

Prof. MARIO SEGRÈ. *L'acido osmico eccita veramente l'attività osteogenetica?* Policlinico, Sezione Chirurgica, 1914, fasc. 1°, pag. 42.

Prof. ONORATO. *L'acido osmico nella cura dei ritardi di consolidazione delle fratture.* Policlinico, Sezione Pratica, 1919, pag. 654.

TERMINOLOGIA MEDICA.

Aaron (Segno di). — Dolore epigastrico provocato dalla pressione nel punto di MacBurney. Appendicite.

Abrams (Riflesso polmonare di). — Con la percussione forte di un punto del torace (p. e. sotto la clavicola) o con qualche altro modo di stimolazione del vago (al collo, o con irritanti vasali, ecc.) si ottiene una contrazione polmonare, che si manifesta con retrazione del margine inferiore e smorzamento della risonanza polmonare.

Adiodococinesi. — Goffaggine e lentezza nei movimenti del braccio e della mano destra.

Babinski-Weil (Prova di): nelle perturbazioni labirintiche.

Il soggetto sospetto di perturbazioni nel senso dell'orientazione è invitato a chiudere gli occhi, dopo aver fissato una direzione determinata, ed a marciare secondo essa, eseguendo 6-8 passi avanti ed altrettanti indietro. Il soggetto normale non cambia la direzione definitiva pur facendo oscillazioni a stella, a zig-zag, a croce, ad arco. Negli individui con disturbi dell'orientazione, si osservano disturbi più o meno notevoli.

LEZIONI.

R. Istituto Dermosifilopatico della R. Università di Palermo.

La reazione di Wassermann impostata a tempo.

Lezione raccolta dal dott. VITO CUCCIA.

Malgrado tante proposte fatte per modificare la reazione di Wassermann nel senso di renderla più sensibile al fine di ottenere risultati più esatti, nessuna di esse si riferisce a due fattori di somma importanza, cioè: al tempo di lettura della reazione e al potere anticomplementare dei sieri umani.

Sul tempo quando si devono leggere i risultati, il che vuol dire quando la reazione è da considerarsi come terminata, non esistono termini precisi (vedi pubblicazione del prof. Luigi Philippson (1): subito, secondo le istruzioni dell'Istituto Sieroterapico Milanese; da mezz'ora a un'ora secondo V. Giudiceandrea (*Tecnica e diagnostica ematologica*); da un'ora ad un'ora e mezza secondo le istruzioni dell'Istituto Sieroterapico di Berna; dopo due ore di termostato secondo F. Mariani (*Tecnica Medica*); dopo due ore di termostato e quindi in ghiacciaia fino al mattino seguente A. Ascoli (*Elementi di sierologia*).

Lo stabilire intanto questo tempo è importante, non per i sieri normali, nè per i sieri sifilitici a forte reazione, ma per i sieri sifilitici a media e debole reazione, anzi per questi diventa un fattore decisivo, perchè chi legge prima o dopo giudicherà differentemente sul risultato che può dare un singolo siero.

Lo stesso vale anche per i sieri non sifilitici (sia normali che di altre malattie) in cui il potere anticomplementare è più o meno pronunziato. Anche in questi il risultato della reazione può variare a secondo il tempo di lettura: quando il tempo non è sufficiente per avere emolisi completa, si può trovare un grado più o meno alto di inibizione che condurrà certamente ad errore di giudizio, se non si terrà conto appunto del potere anticomplementare, perchè si troverà nello stesso stadio di reazione, come un siero sifilitico dotato di debole potere inibiscente.

È vero che si può impostare la prova in modo che il potere anticomplementare non si ap-

(1) Prof. L. PHILIPPSON: *Osservazioni intorno alla reazione di Wassermann nella sifilide.* Policlinico, vol. XXI-M., 1914.

palesi nella reazione, e cioè sensibilizzando le emazie sufficientemente per togliere nelle prove di controllo dei sieri l'influenza particolare dei medesimi, ma intanto facendo questo si rischia di perdere poi, nella reazione propriamente detta, i sieri sifilitici a debole reazione.

Noi ci troviamo quindi nella titolazione dei reattivi in questo dilemma: o sensibilizzare fino al grado di togliere una proprietà individuale dei sieri, che rappresenta un fattore incomodo nella reazione, e allora la reazione non darà quei risultati che potrebbe dare se quella non esistesse, oppure sensibilizzare al grado di poter trarre dalla reazione il massimo rendimento possibile e allora in questo caso si rischia di trovare molte reazioni in grado intermedio d'emolisi in cui, accanto a sieri sifilitici di debole potere inibitore, si possono trovare anche i sieri non sifilitici.

Come ovviare a questo inconveniente?

Mettendo chiaramente in evidenza il potere anticomplementare di ogni singolo siero e misurandolo. Si sa che in ogni singolo siero umano, in ispecie nei sieri sifilitici e in quelli di altre malattie, ma anche nei sieri di individui sani, questo potere, in maggiore o minor grado, esiste sempre e si può osservare con un semplice esperimento: Basta far agire una serie di sieri umani sul siero fresco di cavia nella dose di 0.05 per mezz'ora nel termostato a 37° C. ed aggiungendovi poi le emazie sufficientemente sensibilizzate; si osserverà allora che l'emolisi non si verificherà in tutti nello stesso tempo; ma varia invece da uno all'altro con un ritardo più o meno grande rispetto al tempo in cui scioglie il solo sistema emolitico senza aggiunta di siero.

Ora, come mezzo di misura nella reazione ci serve appunto il sistema emolitico che viene impostato in modo che dia emolisi in un dato tempo. Eseguendo la reazione, noi osserviamo il tempo in cui si compie l'emolisi nella prova di controllo del singolo siero e lo notiamo; a questo poi, qualora avvenga l'emolisi nella prova estratto-siero si aggiunge il tempo anche per questa. Allora il ritardo che il singolo siero può portare nella prova di controllo vien messo in calcolo nella prova di reazione propriamente detta.

Come si vede la lettura dei risultati non è più un fattore variabile nella reazione, è invece prestabilita e ben determinata.

La reazione non si lascia più compiere alla nostra insaputa, contendandoci dei risultati finali; si segue invece passo per passo. S'intende che occorre conoscere esattamente il potere anticomplementare dell'antigeno nella dose di lavoro. Essendo un buon antigeno non variabile, e non essendo variabile nemmeno il complemento, quando si dispone di molte cavie che vengono salassate di rado, il tempo del ritardo, che porta l'antigeno nell'emolisi, non varia un gran che da un esame all'altro. Quindi con pochi esperimenti preliminari si viene a saperlo. Varia invece da un antigeno all'altro, e, se si lavora con più antigeni nello stesso esame, può essere differente da un antigeno all'altro. Questo ritardo si verificherà naturalmente in ogni singola prova, che infine darà emolisi, ma è uguale per tutti i sieri.

Le nostre esperienze, basate sull'esame di molti sieri non sifilitici, di sani o di malati di altro genere, ci hanno insegnato che a secondo il grado di potere anticomplementare, il ritardo dell'emolisi può arrivare, con antigeno ben titolato, fino al doppio del tempo di quello impiegato nella prova di controllo. Così, per esempio, un siero che nel controllo impiega per emolizzare 10'-15', nella prova estratto-siero può dare emolisi soltanto in 20'-30'.

Il sistema emolitico, per la grande importanza che assume qui, perchè serve come mezzo di misura per i risultati, non viene più impostato secondo il solito precetto di prendere il multiplo dell'unità di ambocettore, ma invece col criterio che deve mettere in evidenza la proprietà anticomplementare di ogni singolo siero, senza, qualora si tratti di siero non sifilitico, togliergli la possibilità di dare, entro un determinato tempo, emolisi completa.

Secondo la nostra esperienza, la sensibilizzazione va fatta con tanto ambocettore che l'emolisi completa avvenga in 10'-15'. S'intende che l'ambocettore sia di buona qualità e che il suo titolo non varii che da 1:1000 a 1:3000, cosicchè soltanto delle piccole quantità occorrono.

Del tutto inservibili sono gli ambocettori di titolo basso e in cui l'emolisi nella singola prova avviene soltanto lentamente e stentatamente.

Ad impostare il sistema emolitico si procede come segue: Stabilito il titolo dell'ambocettore si allestiscono delle prove con la quantità doppia, tripla, ecc.; si lasciano per 15' in termostato a 37° C. per la sensibilizzazione, si aggiunge quindi il complemento della quantità di 0.05, si rimettono in termostato e si nota il tempo in cui avviene emolisi completa in ogni singola provetta. Colla stessa quantità di ambocettore in cui si è verificata emolisi completa in 10'-15' o colle varie quan-

tita, quando sono più prove che danno nello stesso tempo emolisi, si ripete la prova anzichè con 0.05 di complemento, con 0,025 e si sceglie quella dose di ambocettore che corrisponde al tempo stabilito.

Questa dose serve poi per la reazione preparata nella stessa maniera e ciò previa sensibilizzazione per mezz'ora in termostato a 37° C. Nell'eseguire l'esame sappiamo quindi che i sieri senza potere anticomplementare daranno emolisi, per esempio, in 10' e se avviene ritardo sappiamo che ciò si verificherà anche, qualora si tratti di sieri non sifilitici, nella prova stessa e nel caso di grado maggiore di potere anticomplementare sino al doppio.

Ciò ci istruisce anche subito sul buon andamento della prova.

Se qualche errore alla nostra insaputa si e introdotto ciò ci si appalesa immediatamente dal tempo di emolisi dei controlli. Fra una serie di 10-20 sieri se ne trovano sempre di quelli che non hanno potere anticomplementare, e che perciò devono dare emolisi in 10 minuti primi, e l'emolisi dell'antigeno deve compiersi col ritardo già conosciuto, altrimenti l'esame non vale.

Man mano che avviene l'emolisi completa nei controlli si nota il tempo e altrettanto si fa per quella che si verifica nella reazione. Passato il doppio del tempo richiesto da qualche siero a forte potere anticomplementare per emolizzare, noi riconosciamo già i risultati che danno i sieri sifilitici: o inibizione completa o inibizione incompleta.

Se interessa sapere il grado di inibizione di ciascun siero si continua l'osservazione, notando man mano il tempo delle eventuali emolisi che potranno verificarsi.

A leggere infine il risultato dell'esame, non vi è altro da fare che confrontare il tempo dell'emolisi della reazione con quello del suo siero.

Fino al doppio del tempo il siero non si può considerare sifilitico, al di là del doppio. invece, sì. Una differenza fino a 5 minuti primi va considerata come risultato dubbio.

Debbo aggiungere infine che, secondo la nostra esperienza, la sensibilizzazione delle emazie nei mesi caldi (qui a Palermo) deve essere fatta più forte che non nell'inverno di modo che l'emolisi avvenga in 3'-5', per avere risultati attendibili. La causa di questo maggiore potere anticomplementare dei sieri umani, al momento attuale ci sfugge.

RIVISTE SINTETICHE.

Sull'atrofia acuta del fegato.

Dott.[a] M. Prebil.

Considerata fino ad oggi come una delle affezioni più rare degli organi interni, di modo che la sua esistenza quale entità morbosa a sè veniva messa in dubbio pure da valenti clinici come Lebert, l'atrofia acuta del fegato è comparsa in questi ultimi tempi in Germania in forma quasi epidemica (21 casi nell'ospedale militare di Ingolstadt), offrendo così agli studiosi occasione propizia di approfondire ed in parte modificare le qualifiche morbose caratteristiche finora richieste. Numerosi lavori pubblicati da Umber, Fraenkel, Versé, Huber-Kausch, Riess, Heinrichsdorff ed altri, taluni corredati di dettagliate illustrazioni casistiche, sebbene abbiano di molto contribuito ad arricchire e completare le cognizioni, spesso non sono riusciti a portare le numerose controversie ad un comune accordo.

Le divergenze più cospicue sono d'ordine anatomo-fisiologico. La trasformazione del fegato nella classica massa flaccida e vizza, quasi amorfa, di colore uniformemente giallastro, non sembra che l'eccezione nell'atrofia acuta. Il fegato generalmente mantiene la sua forma anche asportato dal cadavere. Il volume è ridotto in tutte le dimensioni, la superficie, di rado liscia, è comunemente bernoccoluta; i singoli rilievi corrispondono a parti meno degenerate o in via di rigenerazione. Il colore varia a seconda della durata e dell'intensità del processo; si possono così riscontrare al taglio tutte le gradazioni dal fegato marezzato o a piccole macchie puntiformi o anulari a quelle di maggiore estensione fino a raggiungere il colore uniformemente giallo. La conservazione del colorito non dipende da una degenerazione grassosa, ma dal contenuto di pigmento biliare nelle cellule distrutte, dal più o meno ostacolato deflusso della bile e dal grado di replezione dei vasi sanguigni, i quali nei casi di stasi molto pronunciata possono completamente coprire il primitivo colore biliare (Versé). Al colore dunque non deve esser data soverchia importanza; l'attributo di giallo va in tutti i casi abbandonato, perchè improprio. La consistenza differente — molle, dura, flaccida o friabile — dipende in parte dal grado di distruzione cellulare, ma più specialmente dalla proliferazione reattiva del tessuto interstiziale. Nei casi osservati in vita durante le laparatomie intraprese sia a scopo diagnostico che terapeutico, la variabile consistenza del fegato fu riaffermata. Secondo

Umber la classica flaccidità va ascritta ad un processo di autolisi postmortale, opinione accettata pure dal Versé, mentre Fraenkel, che potè esaminare lo stesso fegato sia alla biopsia che all'autopsia, la confuta recisamente.

Più importanti delle alterazioni macroscopiche sono quelle microscopiche. La degenerazione parenchimatosa delle cellule, il loro progressivo rimpicciolimento, la difettosa colorabilità dei nuclei, l'accumulo di pigmento biliare, la distruzione degli acini primitivi e consecutiva formazione di agglomeramenti cellulari piccoli ed irregolari ed infine il residuare della sola impalcatura capillare riempita di detriti e pigmenti biliari viene descritta uniformemente da tutti gli autori; così pure la progressiva degenerazione dalla periferia verso il centro (ad eccezione di Herxheimer, Ibrahim e Ceelen).

Molto divergenti sono invece le opinioni concernenti le alterazioni del tessuto interstiziale. Riess trovò in quasi tutti i suoi casi una proliferazione flogistica acuta inter- ed intralobulare, iniziatasi contemporaneamente al processo degenerativo che di solito lasciava liberi i dotti biliari più grandi ed i rami portali, corrispondente allo « strato essudativo » di Frerichs. Questo non deve essere identificato coll'alterazione cirrotica della capsula glissoniana descritta da taluni autori nell'atrofia acuta, che non è altro che uno stadio protratto o una complicazione del quadro puro. Questo processo flogistico interstiziale, secondo Riess più caratteristico nell'atrofia acuta della stessa degenerazione cellulare, distingue e differenzia nettamente l'epatite infettiva dalla tossica dovuta al fosforo, arsenico od altri veleni chimici, come pure rende impossibile il concetto dell'autolisi, per cui le alterazioni più importanti sarebbero da ascriversi ad un'autodigestione postmortale.

Gli stessi dubbi e le stesse divergenze regnano nella patogenesi dell'ittero, ascritto ora a stasi biliare, ora a processi colangitici ed infezioni delle vie biliari. Da Riess ne vengono rese responsabili le stesse proliferazioni intralobulari di cui sopra. Il momento meccanico dell'ostacolato deflusso ai capillari biliari verrebbe secondo lui favorito ancora dall'agglomeramento di bile nelle cellule in degenerazione o nel loro detrito. Umber e Versé vi aggiungono ancora un terzo fattore, i trombi biliari, riscontrati da quasi tutti gli autori; questi alla lor volta aumenterebbero il ristagno, creando così un circolo vizioso. Senonchè Huber e Kausch li osservarono pure in casi in cui mancava l'ittero. Naunyn attribuisce l'ittero ad una colangite risp. colangiolite infettiva enterogena.

L'ascite considerata fino ad ora come un evento eccezionale nelle forme non complicate dell'atrofia acuta (Umber) fu riscontrata ora numerose volte — da una statistica di Fraenkel 7 volte su 33 casi — sebbene di variabile intensità. Anche qui Riess ricerca la causa nella flogosi interstiziale, la quale insorgendo prima alla periferia degli acini ostacola le comunicazioni tra i capillari dell'arteria epatica e la vena porta, dando origine così ad un ristagno nel circolo portale.

Processi rigenerativi furono osservati anzitutto nei casi a decorso subacuto o cronico. Va considerata come tale pure « l'iperplasia nodulare » del fegato (Marchand, Steinhaus) dovuta a proliferazioni di cellule epatiche e capillari biliari e retrazione del connettivo neoformato.

Viene affermata ora in tutte le pubblicazioni recenti l'importanza dei trombi biliari capillari, consecutivi all'ostacolato deflusso della bile per la compressione esercitata dalle proliferazioni interstiziali, ed in parte forse pure all'ispessimento della bile.

Dei concetti del tutto nuovi offre una pubblicazione recentissima di Heinrichsdorff, che tratta minuziosamente le alterazioni istologiche dell'atrofia acuta del fegato in tutti i suoi differenti stadi di evoluzione. Assegnata quest'affezione al gruppo delle necrosi emorragiche, lo H. mantiene la differenziazione macroscopica in isolotti rossi e gialli. Istologicamente si riscontra secondo lui in questi ultimi ancora accennato il carattere zonale del processo, mostrando le parti periferiche degli acini ancora la loro struttura trabecolare, mentre le centrali, espressione del massimo grado di distruzione del tessuto epatico, sarebbero occupate da estesi stravasi anguigni, formando i cosiddetti focolai rossi « primari » situati *entro* gli isolotti gialli. Sono da differenziarsi nettamente dalla sostanza rossa splenizzata, che a durata comune del processo acuto forma delle zone estese, di livello più basso: i cosiddetti focolai rossi « secondarii ». Essi sono un prodotto di rigenerazione che prende origine dai vasi e dalle fibre interstiziali. Sono costituiti da un reticolo e numerosi endoteli, fibroblasti, cellule epitelioidi, macrofagi e cellule linfoidi. Le maglie del reticolo sarebbero da principio molto bene vascolarizzate, più tardi si avrebbe un'involuzione parziale dei vasi per proliferazione del tessuto connettivale dalla periferia al centro.

L'ittero si spiega secondo lo H. in un modo molto semplice — come del resto in ogni degenerazione del parenchima epatico — colle moltèplici lesioni delle pareti dei capillari. Per il contatto immediato delle cellule epatiche,

spesso disorganizzate dalla disposizione normale acinosa, col plasma sanguigno, è facile il passaggio di pigmenti biliari nel circolo, sia che le cellule epatiche continuino ancora a produrre bile, sia che cadute in isfacelo, il pigmento venga asportato dalla corrente sanguigna o dai macrofagi. I trombi biliari non sarebbero costituiti di bile ispessita; sono dei corpuscoli omogenei, rifrangenti fortemente la luce e imbevuti soltanto di pigmenti biliari; distrutti quest'ultimi con H_2 O_2 ne residuano dei cilindri incolori grampositivi.

La descrizione del quadro clinico non ha subito notevoli modificazioni dal tipo classico fissato da Frerichs: una gastroenterite iniziale, accompagnata da semplice ittero catarrale, della durata di una o due settimane ed un catastrofico stadio terminale contrassegnato da rapido rimpicciolimento del fegato, diatesi emorragica e gravi sintomi cerebrali.

Si cerca ora di staccare dalla forma acuta, la subacuta. (L'atrofia cronica formava già per il passato un'entità morbosa ben limitata). Inoltre si fa distinzione tra la forma maligna che conduce a morte entro pochi giorni e la benigna con tendenza a vasti processi regenerativi o regressioni con esito in « guarigione ». Queste distinzioni incontrano spesso difficoltà, poichè la durata del periodo di latenza è varia e l'ittero e gli altri sintomi non segnano mai l'inizio del processo morboso. Da ciò il disaccordo dei vari autori di chiamare ad es. subacuta un'affezione che dura da 4 settimane (Hlawa) e non più acuta quella che risale a 8 settimane (Ceelen). Secondo Versé bisogna considerare dal punto di vista istologico tutti i casi come subacuti.

Per ovviare questi inconvenienti sarebbe consigliabile secondo Riess, distinguere una forma primaria, non complicata, ed una secondaria, complicata ad affezioni preesistenti di carattere cronico (cirrosi o sifilide epatica) — distinzione naturalmente di solito possibile appena sul tavolo anatomico — in cui il sopraggiungere di un fattore nuovo determinerebbe tra la forma acuta e la cronica, la quale ultimi casi formerebbero l'anello di congiunzione tra la forma acuta e la cronica, la quale ultima si distinguerebbe per la lenta evoluzione dei sintomi epatici, per il nesso con affezioni croniche dello stomaco, intestino e peritoneo e per la mancanza dello stato colemico o acolico con sintomi cerebrali ed emorragie.

La patogenesi dell'atrofia acuta del fegato rimane pure tutt'ora molto controversa; negata già nell'ultimo decennio come un'infezione *sui generis*, essa veniva messa in tempi più recenti in rapporto colla sifilide ed in ispecial modo con quella in atto (Citron) essendo rara nella lue terziaria od ereditaria. Non si può negare, che il virus sifilitico o meglio la sua tossina, la cui affinità speciale per il fegato è da lungo tempo nota e che generalmente si esplica o in forma di ittero transitorio o di cirrosi diffusa, possa costituire il momento predisponente. Altri autori fanno responsabile dell'atrofia le cure moderne col Salvarsan. Difatti una delle proprietà tossiche più spiccate dell'arsenico è la lesione del tessuto epatico, ossia la degenerazione acuta del parenchima. Rehdes e Beckmann descrivono 20 casi di ittero tardivo in sifilitici trattati coll'arsenobenzolo e la recente epidemia di atrofia acuta nel lazzaretto di Ingolstadt riguardava individui luetici trattati collo stesso farmaco.

La maggioranza degli autori ritiene ora, nonostante le suaccennate divergenze, che l'atrofia acuta sia un processo d'infezione in cui l'agente infettivo pervenga al parenchima epatico dal tratto gastro-intestinale, sia per via linfatica od ematogena, sia per mezzo d'una colangia o colangite infettiva (Naunyn). Per l'azione tossica generalizzata parlano pure la compartecipazione del parenchima renale, che arriva sino alla necrosi epiteliale dei tubuli contorti, la degenerazione grassosa del miocardio e quella più rara delle masse muscolari. La propagazione al dotto escretorio del pancreas e la pancreatite interstiziale non sono che un fatto di concomitanza (Umber). Resta insoluta ancora la questione, se l'agente morboso sia dato da un virus animato o dalle sue tossine; dalle numerose ricerche batteriologiche molte rimasero negative; in alcuni casi si riuscì a coltivare dalla bile o dal sangue il b. coli, paratifo, stafilo- e streptococchi ed altri germi. Per la contagiosità parla il caso descritto dal Mueller: uno studente feritosi alla dissezione di uno dei cadaveri di Ingolstadt, morì 6 settimane più tardi della stessa affezione ad Erlangen. Per l'analogia colla lue e col morbo di Weil, Riess presuppone anche qui una spirillosi specifica. All'attecchimento della noxa sembrano necessarie delle circostanze coadiuvanti, predisponenti le cellule epatiche, indifferente ora se si tratti di materiale tossico risultante dal ricambio materiale (puerperio, sifilide) o di condizioni di iponutrizione con consecutivo stato di ipofunzione del fegato ed intestino, come furono determinati in Germania dal deterioramento qualitativo e quantitativo dei generi alimentari durante gli anni di guerra. Ed è a questa esaltata « suscettibilità alla malattia » del fegato, che va probabilmente ascritto l'aumento considerevole di casi di atrofia acuta, osservati in questi ultimi tempi in Germania.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le varie forme di meningite.

(MORQUIO. *Journal of nervous and mental disease*, 1921, n. 1).

Dal punto di vista clinico si distinguono tre gruppi di meningiti: meningite acuta ed acutissima, meningite tubercolare, reazioni meningee.

La meningite acuta ed acutissima è generalmente prodotta da infezioni specifiche, di cui gli agenti principali sono il meningococco e lo pneumococco: forme meno caratteristiche sono quelle date da streptococchi, da stafilococchi e da altri microrganismi infettivi.

La *meningite da meningococco o cerebro-spinale* può manifestarsi in ogni età della vita, ma colpisce di preferenza l'infanzia. La diagnosi si fonda essenzialmente sul caratteristico reperto del liquido cefalo-rachidiano, il cui esame deve essere praticato in ogni caso sospetto tenuto conto che con la diagnosi esatta e precoce si può praticare la sieroterapia, la quale ha ridotta la mortalità ad una percentuale bassissima. Al riguardo bisogna notare che nella meningite cerebro-spinale il liquor può rimanere trasparente e la formola citologica può essere varia e variabile: nei casi dubbi l'esame culturale può svelare la presenza del meningococco.

La *meningite pneumococcica* è caratterizzata da inizio improvviso, sintomi meningei marcati, esito frequentemente letale. Sono state osservate anche forme benigne terminate con guarigione. Generalmente è primaria, ma può verificarsi anche nel corso o nel periodo di convalescenza della pneumonite.

Nelle altre forme di meningite acuta il microrganismo che si trova più frequentemente presente è lo streptococco.

La *meningite tubercolare* può essere acutissima, acuta e sub-acuta. In generale però il decorso è subacuto, insidioso, lento e progressivo con esito letale in tre o quattro settimane. La sintomatologia varia con l'età dei pazienti: nei lattanti il decorso è rapido con convulsioni e coma; nei ragazzi e negli adolescenti si manifesta con contratture spasmodiche, sintomi convulsivi, cefalea, delirio, ecc. La meningite tubercolare può essere primaria o secondaria. La prima compare talvolta in individui che fino allora apparivano in perfetto stato di salute, ma per lo più colpisce ragazzi delicati e deboli.

La forma tubercolare secondaria può seguire a processi tubercolari del pulmone, del peritoneo, delle articolazioni, ecc., o ad altri processi infettivi, come la influenza, il morbillo, la pertosse, il tifo.

In effetti anche molte delle forme considerate primarie sono consecutive all'influenza o a complicanze di questa malattia. In molti casi l'influenza assume un particolare carattere di gravità e volge a meningite tubercolare. L'azione del morbillo e della pertosse sulla tubercolosi nei lattanti è ben nota. Queste affezioni sono generalmente benigne nei bambini sani, ma destano processi specifici bronco-polmonari o menigei se in essi si trova il bacillo tubercolare allo stato latente.

Il tifo non è considerato come la causa occasionale di simili manifestazioni, tuttavia al riguardo esso è molto pericoloso. Non è raro di vedere bambini nei quali il tifo termina con la tubercolosi o che guariti dal tifo hanno più tardi manifestazioni tubercolari, che può essere pleurale, pulmonare, peritoneale o meningea. È interessante il fatto che prima le due manifestazioni, la tifósa e la tubercolare, non venivano distinte in ordine di tempo: la malattia veniva assegnata all'uno o all'altro processo a seconda della prevalenza dei sintomi. Oggi le reazioni serologiche consentono di essere più precisi e quindi hanno permesso di precisare la influenza della infezione tifosa come causa occasionale della tubercolosi meningea.

Comunque la diagnosi della tubercolosi meningea può riuscire difficile quando la sintomatologia clinica non è chiara e gli esami di laboratorio non possono essere completi. C'è un gruppo di affezioni che clinicamente e citologicamente simulano la meningite tubercolare ed ai quali si è perciò convenuto di dare il nome di pseudo-tubercolosi meningea. La meningite da orecchioni, la meningite otitica, la meningite sifilitica ed anche la meningite cerebro-spinale possono assumere questa forma. Solo i fatti concomitanti ed i dati anamnestici possono in questi casi dare il giusto orientamento diagnostico. E la esatta diagnosi nei casi stessi è di massima importanza, trattandosi di forme che con adatta terapia possono guarire, mentre la meningite tubercolare è inguaribile.

Le *reazioni meningee* sono sintomi meningitici che si manifestano nel corso di svariate affezioni. Questi sintomi possono essere la rigidità nucale ed il segno di Körnig senza alterazioni citologiche del liquor, e senza speciali alterazioni dello stato generale del paziente. Si possono avere nella influenza, nella pulmonite, ma è sopra tutto nel tifo durante

il periodo di stato che queste reazioni assumono uno speciale interesse clinico. Sono sintomi puramente tossici, che benchè siano generalmente riferiti a processi meningei, pare siano dovuti ad eccitazione della sostanza grigia del midollo.

dr.

La meningite purulenta pneumococcica nel corso della " grippe „.

Meningiti sierose con iperalbuminosi del liquido cefalo-rachidiano e reazione cellulare netta, o meningiti senza iperalbuminosi e lieve linfocitosi, fenomeni di meningismo sono stati di frequente descritti nel corso dell'influenza.

Dubourg (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales*, 14 dicembre 1919) ha avuto occasione di osservare meningiti purulenti, il più spesso dovute a pneumococchi. Ciò è un fatto raro nell'influenza.

I casi esaminati hanno avuto quasi tutti clinicamente inizio brusco e durata breve, mentre che al tavolo si sono riscontrate lesioni le quali, per formarsi, hanno dovuto avere certamente bisogno di un tempo maggiore di quello che il decorso clinico non avesse segnato.

I malati non son vissuti mai oltre il 4° giorno dai primi segni e qualche volta la fine è sopraggiunta fulminea. La «varietà ambulatoria» può rivelarsi di botto con i segni di un accesso di delirio acuto, mania omicida, ed è mortale a brevissima scadenza da questa brusca sintomatologia rivelatrice.

La temperatura non ha offerto nulla di caratteristico: le forme fulminee son finite nell'ipertermia; talvolta la febbre è stata poco elevata. Un individuo in condizioni di nutrizione scadutissima, colpito da influenza e poi da meningite e rimasto esposto per lungo tempo all'azione di un freddo intenso presentò, come in casi descritti di bronco-polmoniti influenzali con ipotermia, grandi oscillazioni della temperatura sotto i 37° fino a 35°.2.

Quando i fenomeni meningei sono netti il quadro clinico, per l'inizio brusco, può confondersi con quello della meningite cerebrospinale epidemica: la puntura lombare dirime ogni dubbio etiologico. La diagnosi della forma morbosa non ha difficoltà.

Ma vi son casi in cui la sindrome meningea è poco netta, limitata a della cefalea, a del torpore mentale in rapporto con una localizzazione predominante a livello della corteccia; la diagnosi di meningite è difficile, allora.

Per quanto si riferisce alla terapia della meningite purulenta pneumcoccica l'A. è di accordo che questa sia sempre la più grave delle meningiti acute e che non si abbiano mezzi terapeutici di sicura efficacia. Le punture lombari ripetute, i lavaggi della cavità meningea con siero fisiologico caldo, l'uso per via intrarachidea di metalli colloidali ecc. sono stati sempre inefficaci. Che risultati ha dato il siero antipneumococcico? Per via sottocutanea esso si è mostrato dotato di nessuna azione curativa tranne che nelle forme leggerissime ed è stato invece efficace come preventivo.

Per via intrarachidea in 3 casi di Dubourg esso non ha avuto effetto alcuno ed i malati sono stati perduti.

È per via intravenosa che l'azione si è mostrata migliore ed è stata ottima in un caso in cui la terapia si è potuta iniziare 48 ore dopo i primi fenomeni: il miglioramento fu rapido ed il malato guarì.

L'articolo di Dubourg porta a queste considerazioni. Il siero antipneumococcico per via endovenosa (associato, ove il caso, ad iniezioni intrarachidee) è il mezzo migliore di cura delle meningiti pneumococciche. La precocità della diagnosi, forse, dà le migliori speranze per la efficacia della terapia: lo sforzo del medico va a questo riguardo rivolto specialmente agli accennati casi a sindrome meningea poco evidente. Ma bisognerà sopratutto cercare di non aspettare che i fenomeni meningei siano chiaramente esplosi per iniziare una terapia specifica. Bisognerà usare il siero antipneumococcico a scopo preventivo in ogni caso di pneumococcia grave: per via sottocutanea nei casi ordinari; per via endovenosa nei casi in cui gli accidenti son minaccianti.

La notata discordanza tra la breve durata della sindrome meningea clinicamente constatabile e la gravità delle lesioni rinvenute alla autopsia (lesioni tali, cioè, da far ritenere che la causa morbosa abbia agito per un tempo ben più lungo) fa pensare che prima che si stabiliscano fenomeni meningei rivelabili vi sia un periodo di incubazione con assenza di manifestazioni cliniche ed è supponibile che in questo periodo il siero antipneumococcico riesca assai più utile che in prosieguo.

Questi precetti verranno tenuti presenti e saranno applicati sopra tutto in periodo di epidemia, specie se si abbia a che fare con soggetti scaduti nelle forze o con i negri, particolarmente sensibili allo pneumococco.

D. MAS.

CHIRURGIA.

Si può e si deve cateterizzare il rene sano prima di estirpare il rene malato?

(E. JOSEPH e W. KLEIBER. *Münch. mediz. Wochenschrift*, 21 gennaio 1921).

La maggior parte degli autori segue il concetto che, prima di estirpare un rene tubercoloso, si deve fornire la prova della unilateralità del male mediante il cateterismo ureterico del lato presunto sano. Casper in ogni caso di tubercolosi renale esige il cateterismo bilaterale e l'inoculazione negli animali delle orine di ambedue i lati. Egli ritiene che il pericolo al quale è esposto il secondo rene per effetto del cateterismo sia minimo.

Israel alla fine del secolo scorso si espresse sfavorevolmente al cateterismo essendo che nè la integrità nè la malattia, in senso anatomico, di un rene può da esso in ogni caso essere dimostrata con certezza; nè, infine, l'introduzione di un catetere è scevra di pericoli. Ma successivamente il suo parere mutò e ora ritiene che il cateterismo bilaterale sia necessario per saggiare con iniezioni negli animali lo stato del rene presunto sano. Noi sappiamo, egli scrive, nel 99 % dei casi anche senza il cateterismo, dove la malattia abbia sede; ciò ci viene indicato o dalla semplice cistoscopia o dalla cromocistoscopia o dalla palpazione dei reni e degli ureteri o dai dati subbiettivi del malato; ma che il secondo rene sia sano ci può esser assicurato solo dalla inoculazione nelle cavie delle urine renali.

Senza dubbio ciò è vero ed è riconosciuto dalla maggior parte degli autori; però alcuni, fra i quali Albarran, ritengono che i pericoli del cateterismo ureterale bilaterale, quando si tratti di malattie infettive, siano così grandi da non consigliare di esporsi al rischio di essi. Anche usando strumenti perfettamente sterili, esiste il pericolo che essi si infettino in vescica. D'altra parte è quanto mai difficile giudicare i danni apportati col cateterismo, poichè trattandosi di infezioni tubercolari, la prima comparsa dei disturbi può avvenire molto tempo dopo l'innesto.

Pur essendo accertato che abitualmente la diffusione della tubercolosi avviene in via discendente, non si può escludere che imprudenti manovre possano propagare il male in via ascendente; anzi tale possibilità sembra avvalorata dalle ricerche sperimentali di Wildboln al quale riuscì, sebbene in una bassa percentuale di casi, di ottenere la tubercolosi dei reni dopo aver iniettato germi negli ureteri. Altre prove sperimentali della possibilità di diffusione della tubercolosi in via ascendente furono addotte da Tosati e da Bauereisen. Quest'ultimo venne alla conclusione che l'infezione tubercolare non ascende dalla vescica ai reni fino a che il deflusso dell'orina non è turbato. Ma quando la tubercolosi ha invaso la vescica il *virus* migra, seguendo la corrente linfatica, dalle pareti vescicali a quelle ureterali e, lungo queste, si diffonde verso il rene. I linfatici dell'uretere giungono fino sotto l'epitelio della mucosa e in questa disposizione è racchiuso il pericolo che anche una lieve lesione prodotta da un catetere ureterale possa aprire la strada a un'infezione ascendente.

Tra le prove cliniche addotte per dimostrare la possibilità della migrazione ascendente della tubercolosi è da ricordare un caso di Zoepffel nel quale si trattava di un soggetto morto per uremia un anno e mezzo dopo una nefrectomia per tubercolosi. All'autopsia si trovò che l'uretere del rene superstite presentava una localizzazione specifica all'unione del terzo medio col terzo inferiore dell'uretere. In corrispondenza di questo punto era una stenosi e a monte di essa l'uretere era dilatato e il rene era idronefrotico senza che esistessero traccie di alterazioni tubercolari.

Poichè la teoria della diffusione puramente discendente della tubercolosi renale rappresenta uno stadio delle nostre conoscenze ormai sorpassato, occorre riconoscere che il cateterismo dell'uretere sano in casi di tubercolosi urinaria rappresenta una pratica pericolosa dalla quale è bene astenersi se non sia richiesta da indicazioni indispensabili. Tali indicazioni sono rare. Gli AA. usano da anni i risultati dell'esame funzionale con l'indaco-carminio e nel caso che da questo abbiano le prove che la funzione sia sufficiente non si preoccupano dell'assenza o della presenza di bacilli nelle urine del rene che resterà. Essi esigono solamente che la sostanza colorante venga eliminata a tempo giusto e in quantità sufficiente, che la papilla ureterica, durante l'eliminazione della sostanza colorante, si apra bene e poi si richiuda, senza restar beante nel periodo che intercede tra un'onda peristaltica e l'altra. In 12 casi operati con queste indicazioni non si ebbe alcun insuccesso.

La prova dell'eliminazione dell'indaco-carminio ha per certi riguardi un valore anche superiore a quello dell'inoculazione negli animali delle urine separate, perchè vi sono dei casi nei quali i reni possono eliminar bacilli senza essere malati o per lo meno senza esser tanto malati da controindicare l'ablazione di un rene gravemente leso. Ora se la constatazione di bacilli nelle orine del rene meno ma-

lato facesse abbandonare il progetto dell'operazione si perderebbero pazienti capaci di guarire. È bene a questo proposito ricordare che un rene sano può eliminare bacilli provenienti dai polmoni o dall'altro rene tubercolosi senza essere esso stesso malato e che altri componenti patologici (cilindri, albumina) possono comparire nelle orine del rene sano per effetto delle intossicazioni dovute al rene malato; che infine il catetere, passando attraverso la vescica, può raccogliere bacilli i quali poi possono ricomparire insieme con le orine di un rene sano.

Concludendo gli AA. affermano che per stabilire la tollerabilità dell'asportazione di un rene basta la constatazione che l'altro rene all'esame cromo-cistoscopico si presenti bene funzionante. Il cateterismo dei due ureteri nella tubercolosi renale è da praticare solo eccezionalmente nei casi nei quali la cromocistoscopia dia risultati incerti. Esso nei casi iniziali, quando la vescica non è ancora malata, può esser considerato come non pericoloso.

Quando si è constatato che la malattia è bilaterale è ancora utile l'intervento: asportazione del rene più malato, specialmente se esso è trasformato in una sacca di pus che esaurisce il paziente con la perdita di umori e produce ulcerazioni dolorose nella vescica. In tali casi la prova dell'eliminazione dell'indaco-carminio può indicare se l'altro rene è in condizioni tali da permettere l'asportazione del rene più gravemente malato.

EGIDI.

Alcune osservazioni sull'operazione della calcolosi renale.

(MARVEDEL. *Zentralblatt f. Chirurg.*, n. 34, 1920).

Nell'ultimo decennio si è mutato il trattamento della calcolosi renale: la nefrotomia ha perduto terreno a vantaggio della pielotomia. Oggi il parenchima renale viene attraversato soltanto in quei casi nei quali è molto difficile aggredire la pelvi renale per aderenze o per mancata mobilità del rene, oppure quando la grandezza del calcolo ramificato o una vasta suppurazione del rene impongano il drenaggio radicale e lo svuotamento dei calici renali, che si pratica in modo più conveniente con l'apertura longitudinale del rene.

Nel 1907 per casi con calcoli non troppo grandi, senza complicazioni, se l'urina era acida od esisteva un'infezione leggera della pelvi renale, l'A. consigliò il taglio trasversale del rene, che sembra però abbia avuto pochi seguaci. L'A. osservò parecchi vantaggi usando questo taglio, specialmente colla modificazione del suo ex-assistente, il dott. Walter Simon. Questi in un suo lavoro aveva dimostrato che conviene trasmettere tutto il taglio alla faccia anteriore del rene, possibilmente in un punto ove sulla superficie un solco naturale segna il limite fra due « renculi » vicini. Con questo metodo non si lavorava all'oscuro, come praticando il comune piccolo taglio longitudinale, e con previo pinzettamento del peduncolo vasale si poteva con facilità riconoscere ed aprire la pelvi renale. L'emorragia non era più forte che nel taglio longitudinale, il pericolo di un'emorragia tardiva invece assai minore, giacchè si poteva notare subito la lesione d'un vaso più grande e prevenire l'emorragia allacciandolo.

Con tutto ciò l'A. praticò sempre più di rado il taglio trasverso e passò alla pielotomia, che anche nei casi con la pelvi renale infetta è soddisfacente. La paura di consecutive fistole pieliche ostinate è infondata; al contrario, le lesioni della pelvi renale guariscono rapidamente.

Su quale faccia della pelvi bisogni praticare l'incisione, decide in primo luogo il fatto verso che parte riesca più facile la lussazione del rene e l'accesso alla pelvi. Zuckerkandl propone un taglio all'angolo inferiore della pelvi se i calcoli stanno nel calice inferiore, Zondek consiglia piuttosto la pielotomia dorsale, perchè la faccia dorsale della pelvi è meno vascolarizzata. Seecondo l'A., con un po' di attenzione si possono evitare anche col taglio anteriore lesioni vasali — si tratta naturalmente d'un' incisione radiale longitudinale — giacchè si lavora sotto il controllo dell'occhio e questo taglio ha il vantaggio che può essere allungato senz'altro in un taglio trasverso anteriore del parenchima renale. Sulla parete posteriore s' incontra durante questo procedimento nel solco ilare, al limite del parenchima e della parete pelvica, il ramo rincipale dorsale dell'arteria, descritto da Zondek, che si dirige da sopra in sotto e la di cui lesione produce un infarto. Nel caso di grossi calcoli, dunque, nel quale il taglio forse dovrà penetrare anche nel parenchima, bisogna preferire la pielotomia praticata sulla parete anteriore della pelvi renale.

Drenaggio della pelvi renale. — Nella pielotomia semplice — se l'urina è poco infetta e gli ureteri si dimostrano permeabili — certamente procederanno tutti alla sutura primitiva della parete pelvica proteggendola con una plastica formata dal tessuto capsulare ed adiposo. Se l'urina si dimostra infetta è indicato un drenaggio speciale della pelvi renale: o si drena direttamente verso l'esterno

lasciando la ferita aperta del tutto o parzialmente, oppure, secondo Kümmel, si infila un lungo tubo di gomma con l'aiuto di un catetere ureterico previamente introdotto dalla pelvi all'esterno, oltrepassando l' uretere, la vescica e l'uretra.

L'A. non si potè decidere di seguire questo ultimo consiglio per paura che all'estrazione il tubo di gomma — specialmente per il cattivo materiale d'oggigiorno — potesse rompersi e rimanervi sospeso. Adoperò il seguente metodo: dopo l'allontanamento del calcolo introdusse nella pelvi renale una piccola pinza chiusa ed oltrepassò con questa il parenchima renale da dentro in fuori, forandola cautamente per via ottusa, cosicchè l'apice della pinza apparve sulla convessità del rene. Prese poi un tubo di gomma forato all'estremo, grosso quanto una matita, e l'introdusse per questa via nella pelvi renale, lo fissò con punti di catgut alla capsula e l'allontanò dopo 5-6 giorni con un leggero tiro.

Con questo metodo si evita la stasi dell'urina nella pelvi e si assicura per le prime giornate lo scolo dell'urina dai reni, cosicchè si può suturare la ferita della pelvi renale anche in casi di urina infetta. La pinza oltrepassa il parenchima renale con tanta facilità che la lesione di un grosso vaso pare esclusa. L'A. praticò quattro casi simili senza aver osservato delle emorragie od altre complicazioni, anzi ebbe l'impressione come se questa forma di drenaggio favorisse la guarigione.

Appendice. — Rehn consigliò di non riporre semplicemente il rene *in situ* dopo la sua lussazione, ma di fissarlo con una sutura speciale nella sua posizione naturale per evitare un rene mobile operativo con tutti i suoi pericoli (torsione intorno al proprio asse con inginocchiamento secondario dei vasi e dell'uretere). L'A. non è d'accordo col concetto di Rehn, secondo il quale gran parte delle gravi emorragie consecutive a nefrotomie sono emorragie da stasi prodotte dall'inginocchiamento delle vene. Malgrado che non sia facile di stabilire l'origine delle emorragie consecutive alla nefrotomia ed ammesso pure che avvengano ostacoli passeggeri o sospensione completa dell'afflusso sanguigno specialmente dopo la torsione del peduncolo vasale, producendo vaste nevrosi, questi casi per l'A. rimangono delle eccezioni rare.

Frequentemente non si ripone troppo profondamente il rene nefro- o pielotomizzato causa il drenaggio; però se il rene viene rimesso al suo posto nei casi piuttosto asettici si formano ben presto aderenze fra il rene e le pareti circostanti, cosicchè l'A. sconsiglia piuttosto la sutura per fissare il « rene mobile operativo » malgrado che nel 1902 egli stesso abbia descritto un metodo simile, cioè « la transfissazione del rene » e l'abbia impiegato ripetutamente con buon risultato nelle combinazioni di calcolosi biliare con rene mobile, eseguendo l'operazione per via addominale.

BLUEH.

CENNI BIBLIOGRAFICI

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione).

MACKENZIE J.: *Les maladies du cœur*, traduit sur la troisième édition anglaise par le doct. H. FRANCON. — Paris, Alcan, 1921.

Ai medici del mondo intero è noto il Mackenzie come un felice innovatore in cardiologia. Egli è uno degli iniziatori del fecondo periodo di progresso delle malattie del cuore.

Per quanto egli abbia scritto altre opere di semeiologia e anche di cardiologia, il volume che è arrivato alla 3ª edizione inglese e alla 2ª francese costituisce l'opera classica che ha fatto la sua riputazione, stavo per dire, la sua gloria. Poichè ormai il nome di Mackenzie è assicurato alla storia della medicina.

Quest'opera non è un trattato nel senso proprio e preciso della parola. Le principali, più dibatutte, questioni moderne vi sono svolte e risolte in base alla esperienza tecnica e con la fine critica dell'A., ma un principiante si troverebbe a disagio nel comprendere e nel seguire l'A. Il libro va letto e meditato da chi conosca la cardiopatologia ed abbia una qualche pratica di malati; costui leggerà il libro non solo con piacere, ma anche con interesse e profitto.

Mackenzie vi ha trasfuso la sua lunga e precisa e spregiudicata esperienza; vi sostiene le sue idee, con la perspicuità di chi molte volte ha parlato e scritto d'un argomento profondamente posseduto. La esposizione è sobria, chiara, lucida, convincente: seduce. Da ciò il successo.

Certo qualche affermazione è ardita e non dimostrata nè dimostrabile: in molti, moltissimi, punti le idee dell'A. sono personali e non da tutti accettabili, ma ciò dà risalto alla dottrina dell'A. Il lettore che trovi di fronte a sè una dottrina così lucidamente e suggestivamente esposta ha bisogno di riflettere, di ricordare, di comparare le cose enunciate ai frutti della propria esperienza: è obbligato ad un lavoro di esame, di critica difficile, ma sana.

Il libro o convince di cose nuove, o eccita la

meditazione e stimola la discussione: nell'uno come nell'altro caso è prezioso.

Il Francon nella sua traduzione francese è stato felice e fedele e ha saputo entrare nello spirito dell'A. per renderne efficacemente le sfumature del pensiero. V. ASCOLI.

E. SERGENT: *Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale.* 2e éd. — A. Maloine, éd., 1920.

Tutti conoscono l'attività del Sergent nel campo degli studi sulla tubercolosi e sull'insufficienza surrenale. I lavori su questo ultimo argomento, sparsi sulle riviste mediche dal 1898 al 1920, l'A. ha raccolto in volume. Chi voglia avere una chiara nozione del concetto e della illustrazione clinica della polimorfa sindrome dell'insufficienza surrenale troverà una lucida esposizione nel volume, che recentemente è uscito nella seconda edizione per opera del Maloine. Alle nozioni d'ordine generale l'A. fa seguire una parte clinica sull'insufficienza surrenale, un capitolo sulla etiologia e patogenesi e infine le applicazioni pratiche e terapeutiche della nozione dell'insufficienza surrenale. *t. p.*

DOUSSET O.: *L'examen du malade en clientèle.* Un vol. in-24 di circa 250 pag. con fig. — A. Maloine, éd. Parigi. — Prezzo: fr. 6.50.

Piccolo manuale, comodamente tascabile, che riassume la descrizione metodica dell'esame d'un malato, col significato delle lesioni osservate e le indicazioni terapeutiche, che ne derivano. I diversi capitoli riguardano le malattie infettive, broncopolmonari (con speciale riguardo per la tubercolosi iniziale), cardiache, renali, epatiche, e delle vie digerenti. Non sono trattate le malattie del sistema nervoso, mentre invece vi è un capitolo per la terapia di quelle cutanee.

Nella sua forma quasi schematica il libro può essere specialmente utile per indirizzare i giovani all'esame del malato, abituandoli alla ricerca sistematica, fornendo il significato dei principali sintomi accennati dal malato stesso e dando le più importanti indicazioni terapeutiche. *fil.*

B. GRASSI: *Alcuni cenni sulla Morfologia animale.* Breve introduzione ad un corso di Anatomia comparata. Un opusc. in-8, di pagine 51 con 46 fig. — Roma, Tipografia del Senato di G. Bardi, 1920. — Prezzo, L. 6.

In questa breve digressione il sen. Grassi dimostra, con validi argomenti e con opportune esemplificazioni, come l'anatomia comparata, della quale si era minacciata la soppressione dal *curriculum* degli studi medici, costituisca una guida preziosa e quasi indispensabile per lo studio dell'anatomia umana; difatti essa vale a spiegarci la genesi e quindi a farci comprendere il motivo di molte conformazioni e delle più complicate strutture del nostro organismo.

Perchè il nervo vago ed il frenico, partendo dall'encefalo e dal plesso cervicale, compiono decorsi così lunghi e tortuosi? (basti pensare all'inutile ritorno in alto del ricorrente). Perchè nella retina umana gli elementi sensitivi sono disposti in modo apparentemente così illogico, verso l'esterno? Perchè gli organi genitali sono così intimamente associati a quelli urinari, cui nessuna affinità funzionale li lega? Perchè nel cervello umano la regione olfattoria è sviluppata così esageratamente, in modo sproporzionato all'esiguità dell'organo di senso corrispondente? Che cosa rappresentano tanti organi rudimentali o transitorii, dal forame cieco linguale al paradidimo, al paraooforo ed alle idatidi degli organi genitali, dai muscoli del padiglione dell'orecchio all'epifisi e al timo? Quale è il significato dell'arteria innominata, delle inserzioni tendinee dei retti addominali, dei forami trasversali delle vertebre cervicali, ecc. ecc.? Perchè certe conformazioni sembrano assumere manifestamente un còmpito patogeno, come il canale inguinale troppo sfiancabile, le fenditure branchiali transitorie, ecc.? Ci è possibile intravedere il perchè e il come di tante strutture complicatissime, dell'orecchio medio ed interno, della laringe, della muscolatura del capo, l'architettonica dell'encefalo, che è quasi inestricabile, ecc.?

Questi ed altri problemi trovano una spiegazione attendibile se non sempre esauriente, razionale se non sempre sicura, nell'anatomia comparata, che rischiara in modo singolarissimo tutta l'anatomia umana: essa offre un filo conduttore, quasi una chiave magica, che permette di penetrare nel segreto dell'organizzazione, di spiegare fatti apparentemente incongrui e paradossali.

L'A. vorrebbe che l'anatomia comparata fosse fiancheggiata dalla fisiologia comparata e dalla meccanica dello sviluppo, discipline che sono ancora ai primi passi.

L'opuscolo che noi presentiamo, stringente per forza d'argomentazioni, condotto con fine accorgimento, scritto in una forma ammirevole — per quanto necessariamente un po' slegato, in rapporto con la natura svariata degli esempi addotti — documenta la vigorosa personalità dell'autore.

Esso desterà il giustificato interesse di molti medici. L. VERNEY.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano

Seduta del 4 marzo 1921.

(Presidenza: prof. BALDO ROSSI).

Resezione subtotale dello stomaco, del colon trasverso, di parte dell'ascendente e del discendente per carcinoma primitivo dello stomaco.

B. ROSSI. — Si riferisce ad una donna di 57 anni operata e guarita per un tumore epiteliare primitivo del cul di sacco dello stomaco diffuso al mesocolon, all'omento, al colon trasverso. La ricomposizione viscerale venne praticata con anastomosi termino-laterale fra il moncone residuo dello stomaco ed il digiuno, termino-terminale per le parti residue del colon ascendente e del discendente.

L'encefalite epidemica del 1921.

E. MEDEA. — L'O. riferisce su tredici casi osservati quest'anno e relativi a forme di encefalite epidemica, iniziatasi dal dicembre al febbraio. Ha l'impressione che quest'anno i casi di encef. epid. non solo siano assai più rari dello scorso anno, ma siano assai più benigni. Nessuna delle forme gravissime (e talvolta mortali) dello scorso anno: in generale forme benigne e — tranne tre casi — ad andamento rapidamente favorevole. Interessante il caso di un ragazzetto di 9 anni con fenomeni, già migliorati, di eritromeralgie; un altro caso presentava fenomeni cerebellari. Quasi tutti i casi ebbero diplopia transitoria (da 3 a 9 giorni); in un solo caso fenomeni mioclonici, in un altro fenomeni coreici. L'O. spera che alla maggiore benignità della forma morbosa debba corrispondere una minore frequenza di quegli esiti gravi che tuttora si osservano, con gravità e frequenza impressionanti, in rapporto alla epidemia del 1920.

Voluminosa cisti dermoide ovarica e malformazioni genitali congenite in ragazza undicenne.

F. CROSTI. — Presenta una ragazza undicenne operata di laparotomia con asportazione di un tumore di gr. 800 che sostituiva l'ovaio destro e che presentava i caratteri di tumore misto con cisti mucoidi e con prevalenza d'un tipico dermoide. In questa ammalata il corpo uterino mancante era sostituito da un ispessimeto cordoniforme, con una piccola cavità ventrale, diretta verso il basso entro lo spessore del peritoneo; mancava affatto il collo, la vagina era pervia ma chiusa a cul di sacco con assenza di fornici. La tuba e l'ovaio sinistro erano normali. La tuba destra asportata con il tumore era pervia e ben sviluppata con padiglione; normali i legamenti rotondi. L'O. porta argomentazioni di ordine embriologico per spiegare la concomitanza del tumore dermoide ovarico con l'arresto di formazione degli organi genitali.

Due casi di grave viziatura pelvica operati di sinfisiectomia parziale.

A. LOSCHI. — L'operazione consiste nell'asportazione della porzione superiore posteriore della sinfisi pubica, allo scopo di aprire un varco alla testa fetale per superare lo stretto superiore in certe stenosi pelviche. L'operazione ha carattere permanente, cioè serve anche per i parti successivi. Venne ideata dal prof. Costa e da lui eseguita in parecchi casi con successo sia per la madre che per il feto. Io ho eseguita l'operazione in due casi: nel primo caso a coniugata vera di 73 mm. ho ottenuto un feto con Bp. O di 8,1. Nel secondo caso invece, a coniugata vera di 78 mm. ho ottenuto spontaneamente un feto con Bp. O di 9,2. Decorso regolarissimo in ambedue i casi. Risponde bene nei bacini semplicemente piatti con coniugata vera non inferiore ai 78 mm. Per la facilità, la sicurezza dell'esecuzione, per non presentare speciali pericoli per l'emorragia e speciali timori per la sepsi, per il carattere di servire per i parti successivi, può vantaggiosamente sostituire il parto prematuro, e nei limiti suaccennati la pubiotomia, la sinfisiotomia e il taglio cesareo.

C. VALLARDI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 18 marzo 1921.

Sugli pseudospironemi della psoriasi.

FONTANA. — Prowazeck ha descritto in questa malattia degli speciali spironemi colorabili col Giemsa, di piccole dimensioni e poco visibili; Rasck di Cristiania afferma di avere trovato nelle squame, nei tessuti e nel sangue dei pazienti affetti da psoriasi una spironemacea da lui denominata *Spirochaeta sporogona psoriasis*. A proposito di tali affermazioni l'O. mette in guardia sulla possibilità di avere dei reperti spirochetosimili esaminando strisci fatti con pezzettini di tessuto psoriasico biopsiato di fresco e colorati col metodo di *Giemsa* e di *Fontana-Tribondeau*. In seguito all'esame del lavoro di Rasck e delle tavole annesse, l'O. ritiene che vi sia molta analogia fra i suoi reperti e quelli dell'A. norvegese; però i caratteri morfologici e l'esame ultramicroscopico degli elementi suddetti lo hanno convinto che non si tratta di un microrganismo speciale, ma semplicemente di fibre connettive od elastiche dilacerate.

Sulla insolita frequenza e gravità di incidenti immediati consecutivi ad iniezioni endovenose di novoarsenobenzolo.

TROSSARELLO M. — Dopo alcune migliaia di iniezioni endovenose di novoarsenobenzolo Billon praticate in questi ultimi anni senza incidenti di sorta, da alcuni mesi l'O. ha osservato dei disturbi i quali, oltre che per la loro frequenza, impressionano per la loro gravità. Questi raggiunsero la percentuale del 13 % dei soggetti trattati ed il quadro sintomatologico dei casi più allarmanti, in uno dei quali si osservarono a carico del respiro delle alterazioni di una forma ed intensità tali da far temere l'esito letale qualora l'interven-

to non fosse stato pronto ed energico, fa pensare che qualche altra causa, oltre alla semplice azione vaso-dilatatoria, debba essere entrata in campo. D'altra parte, che tali incidenti si debbano mettere in relazione con una particolare azione tossica del medicamento francese è pure dimostrato dal fatto che essi furono anche osservati contemporaneamente da altri sperimentatori. Sia questa tossicità dipendente da difetti di fabbricazione in serie o da alterazioni subite da ogni singola fiala del rimedio è difficile a stabilire; le dosi che causarono gli incidenti più gravi appartenevano alle serie E-1460 e E-2253.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Presidente: Prof. U. BACCARANI.

Dott. C. BELLAVITIS. — Illustra un caso di *acromegalia senza lesioni radiologicamente dimostrabili della sella,* ma con tutte le note classiche della malattia.

Lo stato attuale della radioterapia.

Dott. ARRIGO MONTANARI. — L'O. premesse alcune notizie storiche sullo sviluppo della radio-biologia, esposte le basi scientifiche, passa in rivista le forme morbose che si giovano dei raggi X, soffermandosi a parlare della leucemia, pseudoleucemia, adeniti tubercol. e veneree, metropatie emorragiche e fibromiomi uterini.

Dott. BEDESCHI. — Illustra un caso di *dito a scatto.*

A proposito di un caso di corea gravidica ed encefalite infettiva.

Prof. G. MODENA. — L'O. discute sull'origine di un caso di corea e la mette in relazione con una forma encefalitica, come il decorso e le manifestazioni successive hanno dimostrato. Esamina i rapporti fra corea gravidica e infezione e rileva l'importanza del caso che verrà illustrato in una prossima pubblicazione.

Il dolore alla pressione nella diagnosi differenziale fra colecistite e ulcera del duodeno.

Dott. ARRIGO MONTANARI. — Riferisce le sue ricerche personali dalle quali risulta che in decubito supino spesso il bulbo del duodeno si viene a trovare nella sede attribuita dall'anatomia topografica e dalla semeiotica alla cistifellea, vale a dire nel punto d'incrocio dell'arcata costale destra col margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome. Da tutto ciò deduce che il medico nella maggior parte dei casi non può, nè deve valersi della sede del dolore per stabilire quale dei due organi sia malato. L'esame radiologico solo in casi eccezionali viene a mettere in evidenza la cistifellea, mentre che quasi sempre può stabilire l'esatta sede del bulbo duodenale, e determinare la dolorabilità provocata dalla pressione. Nei casi tuttavia in cui la pressione sull'ombra duodenale determina dolore è necessario tener presente che la cistifellea può trovarsi al davanti del bulbo, il che può condurre ad errore. Per evitare questo occorre ripetere la ricerca in molte posizioni. Così facendo è ovvio che i rapporti fra cistifellea e duodeno si muteranno, e sarà possibile stabilire se sia veramente il duodeno che duole. Solo nei casi in cui la cistifellea è strettamente aderente alla faccia anteriore del bulbo del duodeno non si potrà evitare l'errore, ma per fortuna questi casi sono oltremodo rari.

Dott. EMILIO FUÀ. — L'O. riferisce alcuni casi clinici caduti sotto la sua osservazione, in cui il decorso e la sintomatologia parlavano a favore dell'ipercloridria, mentre l'esame chimico del contenuto gastrico svelò trattarsi di gastrite anacida e d'achilia gastrica.

L'O. prende occasione dalla sua comunicazione per insistere sull'importanza che deve sempre darsi al sondaggio e all'esame chimico che, almeno per certe forme, rappresentano l'unico referto veramente dimostrativo.

Dott. URBANO SALVOLINI.

Accademia Medico-Chirurgica di Perugia.

Seduta del 16 marzo 1921.

Presidente: Professor RIGHETTI.

Nuovi contributi al processo personale di autoplastica cranica.

RIGHETTI. — L'O., avendo taluno manifestato qualche dubbio circa l'applicabilità del suo processo di autoplastica cranica sia ai soggetti molto giovani (a causa della grande sottigliezza delle ossa craniche: Mauclaire), sia a quelli molto vecchi (per la speciale durezza e friabilità che presentano le ossa nell'età avanzata), così intende rispondere a tutti, presentando all'Accademia 5 casi clinici dimostrativi, operati di autoplastica cranica, riflettenti quattro soggetti giovanissimi ed uno vecchio.

Sull'emostasia nel rene per trombosi extravasale.

MENGHETTI. — L'O., riportandosi ad una sua nota del 1916, espone i particolari di tecnica operatoria del trapianto di capsula adiposa nelle ferite del rene di conigli e di cani, particolari che seguiti in modo preciso hanno dato a lui, come ad altri sperimentatori, risultati sicuri, rispetto all'emostasi del parenchima renale.

L'O. mostra con figure di preparati microscopici, come nei focolai emorragici compresi fra grasso trapiantato e superficie di taglio del rene, si compiono in tempo anche inferiore ad un minuto, fatti di piastrinosi estesa extravasale e trombosi delle piastrine.

RIGHETTI. — A proposito del valore emostatico del tessuto adiposo ricorda come in un caso di appendicite, in cui fu necessaria un'appendicectomia retrograda assai indaginosa, si produsse una emorragia a nappo, che con tamponamento con garza non si frenava. L'O. usò, in questo caso, il trapianto libero di un pezzetto di grasso, tolto dal cellulare sottocutaneo. Ebbe pronto arresto dell'emorragia e gli fu possibile chiudere l'addome senza drenaggio. Decorso normale: apiressia: guarigione per prima.

S. MENGHETTI.

ERRATUM. — Nel cenno bibliografico pubblicato sullo scorso fascicolo, a pag. 698, leggere ALDO MIELI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

Le cause della morte del feto durante la gestazione.

Risulta da statistiche riportate da F. Hidden (*Journ. d. Praticiens* 5 marzo 1921) che alla clinica Baudelocque, sopra 57,000 parti si sono avute 1769 ritenzioni di feto morto durante la gestazione, ciò che corrisponde alla proporzione del 3 %. Le cause più frequenti sono la sifilide e la sindrome albuminurica di autointossicazione.

Sifilide. — È stata osservata nel 41 % dei casi; il feto muore di solito prima del 7° mese. La diagnosi si fa talvolta per le notizie dei genitori, tal'altra è imposta dall'esame del feto, che si presenta macerato, con pemfigo, sviluppo esagerato del ventre (ascite, ipertrofia del fegato e della milza), talvolta malformazioni esterne o degli organi interni; vi è di solito un eccesso di liquido; la placenta è voluminosa, con aspetto pallido.

Sono assai frequenti le recidive; spesso nella stessa donna si alternano senza regolarità gli aborti, la ritenzione di feto morto, la nascita di bambini viventi; la sifilide, di per sè non ostacola la fecondazione chè anzi vi sono cifre elevate di gestazione, e non provoca necessariamente la morte abituale del feto.

Si può fare spesso la diagnosi sui soli sintomi clinici, dei genitori, o sull'esame del feto: tal'altra bisogna ricorrere alla Wassermann od alla ricerca delle spirochete, bisogna poi tener presente che la gravidanza produce una riattivazione della sifilide anche ereditaria e che spesso la reazione di Wassermann si fa positiva.

Sindrome albuminurica. — È stata osservata nel 22 % dei casi; la donna presentava sintomi di insufficienza renale, fra cui il più frequente l'albuminuria; inoltre edemi (agli arti inferiori, alle palpebre, ai visceri con i disturbi consecutivi), cefalea, disturbi visivi, dolori all'epigastrio, segni di ipertensione arteriosa; qualche rara volta vi erano questi sintomi senza albuminuria.

Il feto, in tutti questi casi è di piccolo volume, non corrispondente all'età della gestazione, di estrema magrezza, per l'atrofia dei tessuti molli (feto ragno); la placenta è atrofica, con infarti.

Le recidive di morte di feti sono qui meno frequenti che nella sifilide (soltanto in 1/4); il trattamento, istituito precocemente e continuato dà di solito buoni risultati.

Altre cause. — Raramente si possono incriminare gli spostamenti placentari dovuti ad endometrite; hanno una parte minima le intossicazioni (alcoolismo, saturnismo) e le infezioni acute, nonostante quanto ne dicono i classici. Rimane quindi una buona percentuale di casi in cui la causa della morte del feto è sconosciuta: l'osservazione attenta dei fatti e le ricerche di laboratorio potranno forse nell'avvenire dilucidare la questione.

fil.

Il parto rapido mediante incisioni profonde del collo

Vi sono casi in cui si presenta l'indicazione netta di terminare il parto al più presto, per salvare la vita della madre o quella del figlio; i processi abituali (cui accenneremo più avanti) sono troppo lenti, per cui A. Schwaab (*Presse médicale*, 1920, n. 45) richiamò in onore il metodo adottato da Dührssen fin dal 1890, che consiste nel praticare 2 o 4 incisioni *profonde* nel collo uterino.

La *tecnica* è semplice: come strumento serve un paio di forbici diritte o meglio curve o gomitate; bastano due incisioni, purchè siano abbastanza lunghe e diametralmente opposte. Si praticano lateralmente e simmetricamente a destra ed a sinistra dell'orificio cervicale, trasformando così il collo in due larghi sportelli che debbono aprirsi agevolmente durante l'estrazione del feto.

L'A. sconsiglia invece l'incisione sulla linea mediana che in caso d'estensione può arrivare in avanti alla regione vescicale, in addietro, al cul di sacco peritoneale.

Le incisioni debbono arrivare fino al cul di sacco vaginale, che naturalmente non va compreso, e saranno tanto più grandi, quanto meno avanzata è la dilatazione o quanto più grosso è il feto; si deve valutare anche il posto necessario per il forcipe. Si mette la donna in posizione ostetrica, e, dopo avere stabilito la posizione dell'inserzione vaginale, s'introduce l'indice ed il medio della sinistra nell'orificio cervicale a sinistra; allontanate leggermente fra di loro le dita, si insinua nel loro intervallo una branca della forbice e si pratica la sezione.

Poi si pratica lo stesso a destra, procedendo immediatamente all'estrazione. A parto terminato, se è possibile, si praticherà la sutura, altrimenti, in mancanza di una buona illuminazione e di buona assistenza, ciò che spesso avviene nella pratica privata, si abbandonano le ferite stesse: in tali condizioni però è rara la cicatrizzazione spontanea.

Pericoli delle incisioni profonde. — 1° *Emorragia*: di solito è quasi insignificante e cede del resto con le suture o col tamponamento

vaginale. Talvolta però, quando l'incisione si estende alla mucosa vaginale, od ai parametri, l'emorragia può essere grave o mortale; la complicazione va evitata operando nelle condizioni volute.

2° *Infezione.* — Le incisioni nette, praticate asetticamente e suturate subito non possono aggravare, sotto tale punto di vista, la prognosi del parto.

3° *Grandi lacerazioni* durante l'estrazione del feto, che possono comprendere l'utero, la vescica, la vagina, i parametri. Per evitarle, oltre ad operare nelle condizioni volute (ved. avanti), si valuterà bene la dilatazione necessaria, forcipe compreso; la scelta dell'incisione laterale diminuisce il pericolo.

4° *Cicatrici viziose.* — Il pericolo si scongiura limitando l'incisione alla *portio vaginalis.*

Indicazioni. — 1° *Agonia della madre* per salvare il figlio ancora vivo e vitale; 2° *Stato* grave della madre stessa (uremia, edema polmonare, stati asfittici, accidenti gravido-cardiaci); 3° *Eclampsia*: questo procedimento riduce al minimo l'eccitazione del collo; 4° *Le emorragie gravi del parto,* non però quelle della placenta previa; 5° *Lentezza eccessiva del parto*; 6° *Pericolo di morte imminente del feto.*

Condizioni necessarie sono la donna in stato di parto, la totale scomparsa del collo, l'assottigliamento e l'ampiezza del segmento inferiore dell'utero. Operare, senza che tali condizioni siano riempite, significa esporsi a gravi pericoli.

Gli altri metodi di parto rapido sono: 1° Il *parto cesareo,* può farsi solo in ambiente adatto, da un operatore che sia abile chirurgo; 2° La *dilatazione rapida del collo,* sia bimanuale, sia col dilatatore Bossi, si ottiene soltanto mediante piccole lacerazioni cervicali, che si ingrandiscono poi durante l'estrazione: tale metodo è poi molto meno rapido che quello delle incisioni profonde.

r. s.

Trattamento della placenta previa.

Secondo le osservazioni di Lönne, (*Monats. f. Geburts. u. Gynäk,* vol. 51, n. 2) basate sopra una statistica di 200 casi, sarebbe da consigliarsi in tale condizione il parto cesareo. I metodi vaginali dànno una mortalità materna del 13.3 % e fetale del 50, in casi di placenta previa centrale; se questa è laterale, la mortalità si abbassa rispettivamente a 1.9 e 30.2 %. Su 28 casi, in cui la rottura delle membrane fu il solo trattamento, si ebbero due casi di morte della madre e 15 del feto. Su altri 72 casi, venne usata la sola versione alla Braxton Hicks, con o senza dilatazione, ma senza estrazione successiva: mortalità fetale del 76-81 %. Con la versione seguita da estrazione (45 casi) si ebbe mortalità fetale del 22-37 %.

La dilatazione uterina venne accompagnata dalla più alta mortalità materna; 6 sopra un totale di 9 morti avute con i metodi vaginali.

Invece con la laparotomia, attuata in 10 casi, non si ebbe alcuna morte materna e solo due morti fetali.

Le conclusioni generali dell'A. sono le seguenti: 1. Nei casi di placenta previa laterale può bastare di solito la rottura delle membrane e raramente si potrà pensare al parto cesareo; 2. Nell'assistenza a domicilio, la versione alla Braxton Hicks è preferibile alla dilatazione: comunque la mortalità fetale è maggiore; 3. L'uso del sacco dilatatore diminuisce la mortalità fetale, ma aggiunge il pericolo della soverchia distensione del segmento uterino inferiore e predispone all'atonia uterina; 4. Il parto cesareo deve essere quindi il metodo di scelta, ricoverando in tempo le donne all'ospedale ed applicando il tamponamento se il tragitto è piuttosto lungo.

r. s.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale fra appendicite ed annessite.

Dolore subbiettivo. — Nell'appendicite è accusato dapprima attorno all'ombelico, poi nell'ipocondrio destro: nell'annessite è invece in tutto l'ipocondrio, irradiantesi verso il sacro.

Dolore provocato mediante la pressione. — Nell'appendicite è più netto al punto di Mc. Burney, si diffonde poi verso il basso e verso la linea mediana, al disopra di una linea che congiunge le due spine.

Nell'annessite, invece, il dolore è bilaterale, non concentrato verso un punto, ma piuttosto largamente diffuso, arrivando fino alla linea mediana; è più sentito al di sotto della linea che congiunge le spine iliache. (Mayer e Uhlmann. *Med. Klinik.*, 1921, n. 7).

fil.

Sulla diagnosi della malaria cronica latente.

Il dott. A. Neumann, di Vienna (Comunicazioni dell'Ufficio di Sanità), riferisce le sue osservazioni su 136 casi di malaria cronica curati nel suo ambulatorio. Si trattava di reduci di guerra che facevano cure arsenicali e ferruginose, e prendevano piccole dosi di chinina.

In questi malati spesso l'analisi microscopica del sangue non rivelava la presenza di parassiti malarici, mentre dati preziosi potevano ottenersi dall'esame della milza e del fegato.

Secondo i calcoli dell'A., l'esame del sangue era positivo solo nel 46 % dei casi, mentre la milza si trovava ingrandita o dolente alla palpazione nell'88 %; nel 59 % si poteva rilevare ingrossamento o dolenzia del fegato.

Si raccomanda di praticare la palpazione della milza con prudenza, per il pericolo di rottura: il metodo migliore è di cominciare con la palpazione superficiale, e di affondare a poco a poco sempre più la mano sotto l'arcata costale. Il malato si farà stare in piedi, oppure seduto, col torace piegato in avanti e le mani appoggiate sulle ginocchia. Questo metodo si presta specialmente per la constatazione dei piccoli tumori di milza. M. S.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1335) *Tecnica del taglio cesareo extraperitoneale.* — Al dott. C. B., abb. n. 4554:

Il metodo di T. cesareo extraperitoneale che ebbe la maggior diffusione è quello del Latzko:

1° Distensione modica della vescica;

2° Incisione addominale soprapubica alla Pfannenstiel;

3° Scollamento laterale per lo più da sinistra a destra della vescica e della piega peritoneale vescico-uterina mista per scoprire il segmento inf. dell'utero;

4° Incisione mediana longit. del segm. inf.;

5° Estrazione del feto (talora indaginosa, spesso occorre il forcipe) e degli annessi ovulari;

6° Sutura a punti staccati dell'utero;

7° Si riconduce la vescica nella posiz. normale;

8° Sutura dell'addome.

Il tempo più indicato è il III, talora difficile specie se il segmento inf. non sia espanso.

Tutta l'operazione richiede un certo addestramento chirurgico, per modo che non è consigliabile al medico pratico.

D'altronde l'esperienza ha ormai dimostrato che per i casi puri (membrane integre) è una complicazione di tecnica inutile, e per i casi infetti è una risorsa insufficiente.

È stato sostituito ormai quasi dovunque con il T. C. sul segmento inferiore transperitoneale.

Le ragioni e la tecnica saranno trovate in una nota pubblicata nello scorso numero di questo giornale. Ad ogni modo, per le tecniche del T. C. extraperitoneale potrà essere consultato: FEHLING: *L'ostetricia operativa*, trad. di C. Micheli. Ed. Vallardi.

E potrà anche servire per le tecniche più recenti un volumetto di recentissima pubblicazione: GAIFAMI: *Operazioni ostetriche*. Roma, 1921, Sampaolesi. ARTOM DI SANT'AGNESE.

(1336) *La cura della neurosi d'angoscia.* — All'abb. dott. T. I.:

In rapporto alla concezione etiologica della neurosi d'angoscia sostenuta da Freud la terapia di questa affezione si basa essenzialmente sulla regolarizzazione della vita sessuale e sulla psicoterapia.

Il matrimonio con rapporti sessuali normali e ripetuti periodicamente in modo da soddisfare l'istinto senza esaurire l'organismo sarebbe il miglior correttivo.

Delle varie forme psicoterapiche Freud preferisce la psicoanalisi.

Con questo metodo si scandaglia, si scruta la mentalità del paziente nei più profondi recessi della sub-coscienza, fino a far affiorare alla coscienza il *complesso.*

Questo provocatore della sindrome, ossia l'insieme di idee a forte tonalità emotiva, e ordinariamente a contenuto sessuale, ricacciato nel subcosciente perchè repellente, tenta ricomparire. Ne deriva una lotta fra la vita cosciente e i nuclei ideo-emotivi del subcosciente, finchè questi finiscono con l'invadere la coscienza trasformati, travestiti sotto forma di idee ossessive, stati ansiosi, sogni, ecc. Per correggere questi disturbi basta, secondo la dottrina del Freud, togliere dal subcosciente i nuclei-emotivi che ne sono la causa, ristabilirne le relazioni normali con la coscienza, assoggettarli al vaglio del ragionamento, al controllo della volontà.

La psicoanalisi, di cui ora si mena tanto vanto nel mondo medico anglo-sassone, dove l'alienista austriaco ha trovato il maggior numero di seguaci, non sfugge alle critiche nè è scevra di inconvenienti.

Comunque nella cura della neurosi d'angoscia non conviene rinunziare alla suggestione, alla persuasione ed alla psicoterapia passiva (distrazioni, divertimenti, sports, viaggi, cambiamento di residenza, isolamento, ecc.).

Per calmare le crisi acute non conviene ricorrere ai bromuri, meglio risponde la valeriana. Un buon sedativo ed ipnotico, che secondo recenti osservazioni avrebbe anche una certa influenza curativa sulla neurosi d'angoscia, è il luminal.

G. DRAGOTTI.

(1337) *Nelle alopecie post-infettive.* — Al dott. A. V. da F.:

Le alopecie che si verificano dopo malattie infettive acute sono per lo più passeggiere, salvo rari casi, come ne sono stati descritti dopo il tifo e osservati anche dopo l'influenza, in cui si verifica una atrofia permanente del cuoio capelluto, simile a cicatrice.

In genere bastano le cure ricostituenti e le solite lozioni eccitanti a base di cantaridi, capsico, ecc.

Nelle forme post-influenzali io mi sono servito quasi sempre e con successo di questa formola semplicissima:

Resorcina gr. quattro.
Olio di ricino gr. due.
Acqua di Colonia gr. cinquanta.
Alcool a 95° q. b. p. f. gr. duecento di peso totale.

V. MONTESANO.

(1338) Al dott. E. M. da R.:

Il solo Istituto Stomatologico Italiano, è a Milano, Bastioni Porta Romana 15. Il prof. Amedeo Perna di Roma ha tenuto di recente un corso pratico di Stomatologia a Napoli.

A. P.

(1339) Al dott. A. V. da Fosciandora:

Del vaccino jenneriano, conservato sino dall'ottobre scorso, non c'è molto da fidarsi nei riguardi della sua attività. Lo butti via e ne richieda dell'altro.

g. s.

(1340) Al dott. De Lollis da Ortona:

Ottimo Manuale per Ufficiale Sanitario quello del Celli « Manuale dell'Igienista », U. T. E. T.; buonissimo anche il « Manuale dell'Ufficiale Sanitario » del Dr. Belfiore edito dal Pierro di Napoli. Sono trattati un po' vecchi, ma, in attesa che le condizioni del mercato librario si modifichino in modo da permettere qualche altra pubblicazione in argomento, non c'è da segnalare altro.

g. s.

(1341) All'abb. n. 13096:

Un trattato francese che tratti di Diatermia e Fototerapia è il Nogier della Collezione Carnot. Trattati recentissimi in cui è svolta a lungo la diatermia sono di Nagelschmidt, Lehrbuch der Diathermie (1921) e Saberton, Diathermy in medical and surgical practice (1920). In questi ultimi vi è anche una estesa raccolta della letteratura.

P. A.

(1342) *Bleu Marino.* — Al dott. R. P. da R.:

Provi a scrivere a E. Cogit et C. (Boulevard Saint-Michel, 36, Paris), che preparavano il bleu sotto la direzione del dott. Marino. Al Cogit stesso può chiedere dove ora si trova il dott. Marino che, tempo fa, lavorava all'Istituto Pasteur.

L. d. V.

(1343) Al dott. M. P. da C.:

Veda i trattati di Friteau e di Platschick, già indicati in numeri precedenti.

P.

VARIA

Cura te stesso!

La legge francese 31 marzo 1919, nell'art. 64, di cui ci siamo già occupati, prescrive che gli invalidi di guerra, feriti o ammalati o aggravatisi in servizio, abbiano diritto alle cure mediche, chirurgiche e farmaceutiche a carico dello Stato per quanto riguarda le lesioni o le malattie che ne hanno motivato l'invalidità (praticamente per tutte).

In seguito a lunghe controversie del Ministero delle Pensioni con la classe medica, un decreto ha fissato d'imperio le tariffe che verranno corrisposte ai sanitari per le loro prestazioni.

Ora, si è avverato questo caso: un medico, grande mutilato di guerra, riformato alla fine del 1920, il quale si trova nell'incapacità assoluta di riprendere le sue occupazioni professionali, e che in virtù del predetto art. 64 ha diritto all'assistenza sanitaria gratuita, ha avuto l'idea di prestare *a se stesso* le sue consultazioni e di firmare e inviare in prefettura il buono per le consultazioni quotidiane fatte da sè, in qualità di medico, a se stesso, in qualità d'invalido, nonchè il buono farmaceutico per le prescrizioni necessarie alla sua cura, e quello per l'assistenza prestatagli da una persona della sua stessa famiglia.

Sottoposto il caso all'esame di competenti, si è concluso con l'escludere questa procedura, poichè esiste un principio giuridico il quale vieta di creare un diritto a se stessi: nel caso specifico lo Stato, che deve effettuare i pagamenti, non può abdicare al suo diritto di controllo, il quale, nelle circostanze menzionate, non potrebbe più esercitarsi.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

LEVI ETTORE. *La Medicina sociale in difesa della vita e del lavoro.* — Roma, 1921.

SALMON ALBERTO. *L'antagonismo tra i riflessi superficiali e profondi considerato come un fenomeno di inibizione riflessa.* — Genova, G. B. Massano, 1921.

BOSSI PIETRO. *La cura dei postumi delle ferite cranio-cerebrali.* — Milano, Stucchi, Ceretti e C., 1920.

TRON GIORGIO. *Sulla natura e sui limiti della Reazione di Wassermann nella scarlattina.* — Milano, Bedeschini di Turati e C., 1920.

BETTI UGO ARTURO. *Sull'onere delle prime cure negli infortuni agricoli.* — Roma, Riccardo Garroni, 1920.

FRANK CASIMIRO. *Forme cliniche, diagnosi, prognosi e cura dell'encefalite epidemica (così detta letargica).* — Napoli, F. Giannini e F., 1920.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INTERESSI PROFESSIONALI.

L'imposta sui malati.

Gli statisti inglesi più eminenti, da Disraeli a Gladstone e a Lloyd George, hanno proclamato ripetutamente che il primo dovere dello Stato moderno è di promuovere la salute dei cittadini, poichè la salute costituisce il bene massimo, più agognato, più produttivo: esso è fattore non solo di felicità, ma di ricchezza, di forza, di egemonia.

A loro modo di vedere, il medico è un coefficiente indispensabile della prosperità nazionale, appunto perchè gli spetta il compito di tutelare o di restituire la salute continuamente insidiata o minacciata o compromessa dalle cause più svariate.

I nostri uomini di governo sono ancora lontani da questa concezione, che noi dobbiamo considerare, purtroppo, come di là da venire per il nostro Paese. Anzi, essi si adoperano ad ostacolare ed a limitare il compito umanitario e sociale del medico. Quanto stiamo per dire ce ne offre una prova.

***

Oggi l'attività del medico si svolge in condizioni difficili: essa va riducendosi, in profondità ed in estensione, sovratutto perchè viene a costare più di quanto le risorse di molti malati consentano.

Veniamo al concreto. Qualche anno addietro la visita del medico veniva retribuita, sì e no, cinque lire in media, e il cliente riceveva una prescrizione la quale poteva importare una spesa ulteriore di un altro paio di lire. Oggi, per non cadere nell'indigenza, i medici hanno dovuto aumentare le tariffe, limitandosi per lo più a raddoppiarle; i farmacisti, a loro volta, hanno aumentato il prezzo di vendita dei medicinali in proporzioni molto maggiori, pur senza trarne sempre un benefizio adeguato ai tempi: la minima prestazione medica viene così a costare, oggi, una ventina di lire circa. Questi prezzi sono superiori alla potenzialità di molte borse, in specie della piccola borghesia, la quale è in grado di valutare l'opera del medico più del ceto operaio, che oggi è meglio retribuito ma sempre ignorante e saturo di pregiudizi e quindi restio a valersi del medico, oltre di che gli sono dischiuse gratuitamente le porte degli ambulatori e degli ospedali.

I clienti, la cui capacità economica risulta sorpassata, rarefanno le richieste delle visite mediche o vi rinunziano addirittura.

Conseguenza: si ricorre sempre più ai prodotti annunziati nelle ultime pagine dei giornali, con immenso benefizio del ciarlatanismo farmaceutico; le malattie croniche, non trattate da persone dell'arte, si aggravano; le incapacità al lavoro si prolungano; nelle forme acute si ricorre al medico solo in ultimo, mentre il malato avrebbe potuto, non di rado, essere salvato da un intervento tempestivo; la mortalità generale, se non aumenta, non decresce come potrebbe.

Queste deficienze non si riscontrano solo in Italia, ma anche in altri Paesi ove manca l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, la quale provvede a facilitare e ad estendere l'assistenza medica; in Francia le denunziava, or è qualche tempo, il dott. Pathault. Esse sono tanto più ingrate, in quanto che, col progredire della nostra civiltà, l'opera del medico dovrebbe, invece, intensificarsi ed estendersi, sia pure spostandosi in parte dal campo terapeutico in quello profilattico.

Le condizioni di squilibrio economico insorte con la guerra ed aggravatesi nel dopo guerra, costituiscono la causa più palese di questo deplorevole stato di cose; ma una buona parte di responsabilità deve farsi risalire anche ai poteri pubblici, i quali hanno stabilito delle vere *imposte sulle malattie.*

Tali imposte anti-sociali finiscono con l'impedire al malato di ricevere le cure di cui avrebbe imperioso bisogno: quindi costituiscono un fattore non trascurabile di sofferenze e di danni.

***

È il malato che deve pagare la tassa di ricchezza mobile sul reddito professionale, applicata dalle agenzie delle imposte in misura sempre sproporzionata ed ingiustificata, in modo spesso cervellotico e contro cui sono state sollevate tante proteste e tanti reclami e sono insorte inutilmente alcune associazioni professionali. È il malato che deve pagare le tassazioni comunali di esercizio e di famiglia, stabilite anch'esse in base a valutazioni esagerate dei redditi e non di rado molto onerose: a Genova, dopo aver determinato l'intervento zelante ed onesto, quanto vano, dell'Ordine, hanno provocato una vera sollevazione in massa dei medici. È il malato che deve pagare le tasse indirette: ad esempio, quella ormai elevata sul telefono (di cui il medico nelle città non può fare a meno), quella sull'automobile (l'automobile cominciava ad avere qualche diffusione tra i medici delle città, quando è sopraggiunta l'imposta sul lusso, applicata con poco discernimento e con scarse attenuanti a

questo mezzo di locomozione), quella sui domestici, e così via. È il malato che paga le tasse sulle specialità farmaceutiche, molte delle quali sono indispensabili (ad esempio: i sieri, i vaccini e altri prodotti biologici, alcuni prodotti chimici a nome brevettato, ecc.). È ancora il malato che contribuisce a pagare la tassa sull'alcool, la quale fa elevare di tanto il prezzo dei medicinali (poichè l'alcool serve a depurare quasi tutti i prodotti chimici, entra in molte pozioni magistrali, ecc.). È il malato che paga la tassa sulle acque minerali, sui bagni, sulle stazioni di cura, ecc. Tutto ciò concorre ad aggravare indirettamente il costo delle prestazioni mediche e perciò induce a starne lontani.

Il regime dei recenti tributi statali e comunali è stato congegnato unicamente dal punto di vista del gettito: criterio empirico, miope, grettamente fiscale, che trascura la valutazione di necessità superiori; gli effetti possono esserne profondamente dannosi alla collettività, come nel caso che abbiamo preso in esame, in cui è mancato l'apprezzamento dei probabili effetti remoti ed una larga e approfondita conoscenza delle ripercussioni sulle condizioni igienico-sanitarie.

Per quanto concerne il corpo medico, i professionisti modesti che ne formano la quasi totalità hanno risentito tutti gli effetti del rincaro della vita e la loro situazione è in genere divenuta precaria e degna di riguardi; eppure il fisco li ha molto rudemente colpiti; anche i pochi privilegiati per posizione sociale e professionale, che costituiscono un esiguo manipolo di *élite*, vengono tassati in modo del tutto sproporzionato ai loro proventi.

La classe medica non intende sottrarsi ai suoi doveri civici; ma nel suo insieme si trova nella incapacità economica di sopportare i gravami impostile, poichè i proventi professionali si sono, in media, appena raddoppiati, mentre gl'indici del rincaro superano, in media, il 500 %.

Politicamente debole, non saldamente organizzata, la classe medica è esposta a tutte le vessazioni; non può ribellarsi, non sa difendersi, e per non rimanere sacrificata non le resta che rivalersi sulla clientela, riversando su di essa i nuovi esorbitanti tributi, col risultato di farla sempre più diradare.

*
* *

Bisogna far comprendere ai malati il meccanismo complicato di queste superfetazioni d'imposte, di tasse e di sovratasse, mediante le quali lo Stato ed i Comuni li sfruttano.

Esse sono ingiuste: difatti, se può essere una necessità il far pagare chi è in grado di lavorare e di produrre, non può ammettersi di far pagare anche il malato, che dovrebbe, invece, essere aiutato e tutelato. Sono inumane, perchè il malato non può difendersi. Sono dannose, perchè contrarie alla solidarietà sociale. Le diremmo addirittura inique, perchè riducono o logorano le forze vive del Paese, temporaneamente insidiate dalla malattia.

VERNEY.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8824) *Pensioni - Riscatto di anni di servizio.* — Dott. A. L. da F. — Poichè trovasi in servizio dal 1903 cioè da un anno prima che la legge sulla pensione dei medici condotti fosse estesa agli ufficiali sanitarii, può inscriversi ora alla Cassa riscattando tanti anni di servizio quanti ne occorrono per formare un quindicennio anteriore alla inscrizione. Come premio di tale riscatto deve pagare entro dieci anni una somma che si aggira fra le quattro o le cinquemila lire. Per la liquidazione effettiva della pensione che potrà liquidare al 25° anno, occorre che indichi l'età che ha ora e quella che avrà al termine del servizio. La indennità suppletiva caro-viveri compete per ogni figlio, oltre i primi tre, purchè siano conviventi ed a carico.

(8825) *Medico supplente - Emolumento - Partizione.* — Dott. A. F. da C. — Quantunque abbia sostenuto un maggior lavoro, il medico condotto del primo reparto non può pretendere che nella ripartizione dello stipendio arretrato, la sua quota sia maggiore di quella del supplente, sostenendo che si debba procedere alla partizione non per capi ma per servizio prestato. La deliberazione consiliare con cui si attribuiva al detto supplente l'onere di curare periodicamente un determinato numero di poveri avrebbe dovuto essere eseguita e fatta eseguire, ma dalla trascuranza non può trarsi motivo per procedere ad una ripartizione non autorizzata dalla Autorità tutoria ed in contrasto col deliberato di massima circa gli stipendi. La seconda condotta si può sempre sopprimere con l'approvazione della G. P. A. e del Consiglio provinciale di Sanità.

(8826) *Congedo - Medico interino.* — Dott. R. R. da M. — Il medico interino non ha diritto al congedo annuale perchè esso è stabilito dalla legge solo pei medici condotti titolari, cioè, per quelli nominati in base al concorso.

(8827) *Ufficiale sanitario - Ricompensa per certificati di pensioni di guerra.* — Dott. C. V. da F. — Quella che Lei ha fatta al padre del militare morto in guerra non è visita richiesta nell'interesse privato, ma bensì in quello pubblico trattandosi di rendere al genitore superstite quel beneficio pecuniario che il figlio premorto gli apportava. Ella ha agito nella veste di pubblico ufficiale e di ufficiale governativo, e quindi, nulla gli compete.

(8828) *Elenco dei poveri - Stipendio al netto - Indennità caro-viveri suppletiva.* — Dott. F. C. da A. — Per la riscossione delle sue competenze delle cinquecento famiglie non comprese nello elenco dei poveri Ella deve diffidare il Comune a compiere sollecitamente il proprio dovere. Nel caso che seguiti a trascurare la formazione dello elenco si rivolga alla G. P. A. per congruo aumento di stipendio ai sensi dell'articolo 26 della legge sanitaria. Non conviene esigere da dette famiglie le lire 5 previste nel capitolato perchè innanzi tutto dovrebbero essere povere, mentre non lo sono.

La parola *al netto* va intesa con riferimento alla somma che si percepiva dal medico quando il decreto venne emesso. A coloro che sono provvisti di stipendio di lire 10 mila è dovuta, come a tutti gli altri, la indennità suppletiva di centesimi 85 per ogni figlio, oltre i primi tre.

(8829) *Ufficiali sanitarii - Concorsi.* — Dott. A. T. da S. — I concorsi per la nomina ad ufficiale sanitario sono per titoli ed esami. Non possono essere per soli titoli. L'ufficiale sanitario provvisorio può sollecitare il concorso. Lo stipendio non è fissato *a priori* per l'ufficiale sanitario, ma egli gode di tutti i vantaggi economici concessi agli altri impiegati comunali e dello Stato.

(8830) *Medico libero esercente - Segretario comunale.* — Dott. P. P. da F. — Nessuna incompatibilità esiste pel medico libero esercente che copra la carica di segretario comunale.

(8831) *Prime cure e certificati in caso di infortunio.* — Dott. G. S. da R. — Le prime cure e la redazione del primo certificato di inabilità al lavoro negli infortunii compete al medico condotto con diritto a compenso da parte della impresa siccome prescrive l'articolo 149 del Regolamento 21 novembre 1918, n. 1889. Il rimanente della cura deve essere poi prestata gratuitamente se l'infortunato sia inscritto nello elenco dei poveri. Nel caso che l'esercente si rifiuta al pagamento può ben adire l'Autorità giudiziaria.

(8832) *Esercizio della odontoiatria.* — Dott. P. N. M. da T. — Ogni laureato in medicina e chirurgia può esercitare l'odontoiatria e protesi dentaria.

(8833) *Tassa esercizio.* — Dott. D. N. da M. — La tassa esercizii e rivendite non dovea essere pagata in quanto medico condotto ma non in quanto libero esercente. Se l'ha pagata come medico condotto, si faccia cancellare dai ruoli per l'avvenire ma pel passato nulla può fare, non avendo reclamato in tempo.

(8835) *Pensioni.* — Dott. A. V. da F. — La retta che incombe al medico condotto per la inscrizione alla Cassa di previdenza è di lire 132. La inscrizione decorre dal giorno della sua data, non potendosi retrotrarre ad epoca anteriore.

(8836) *Stabilità nella carica e nello stipendio.* — Dott. V. L. da B. M. — Ella acquisterà la stabilità reale col giorno 6 luglio 1921 e la virtuale col giorno 6 aprile stesso anno, computandosi nel periodo di prova quello trascorso con nomina interinale. Ciò sempre che abbia preso effettivamente servizio col giorno stesso della nomina, altrimenti la prova comincerà dall'epoca in cui avrà preso effettivamente servizio.

Doctor JUSTITIA.

Cronaca del movimento professionale.

Contributi per gli Ordini dei Sanitari.

La *Gazzetta Ufficiale* del 30 aprile, n. 101, pubblica una legge in data 21 aprile 1921, n. 546, che all'art. 5 della legge 10 luglio 1910, n. 455, relativa agli Ordini dei Medici-Chirurgi, veterinari e farmacisti, sostituisce il seguente:

«La inscrizione in ciascun albo è subordinata al pagamento, da parte degli inscritti, di un contributo annuo per le spese di funzionamento del rispettivo Ordine, il quale contributo non potrà eccedere le L. 100».

La condotta medica discussa dalla Lega dei Medici Socialisti.

Al recente Congresso tenutosi a Rimini la Lega dei Medici Socialisti discusse ampiamente la questione della condotta medica. Dopo vivace dibattito a cui parteciparono molti congressisti, di cui alcuni sostennero il ritorno alla condotta piena, venne alla fine approvato il seguente ordine del giorno:

«La Lega dei Medici Socialisti, preso in esame «la questione delle condotte mediche, riconoscen«do che nella presente situazione del problema del«l'assistenza sanitaria in Italia non si può adot«tare una soluzione rigida eguale per tutti i luo«ghi seriamente inspirata a considerazioni d'or«dine ideale socialista, esprime l'avviso che i «Comuni possano giovarsi del sistema misto re«sidenziale già esperimentato utile e basato sopra «gli elenchi multipli e con tariffe di favore a «vantaggio dei ceti meno abbienti».

Federazione piemontese dei Medici condotti.

Si è radunato il Consiglio federale delle Sezioni piemontesi dell'A. N. M. C.; esso fece una viva e proficua discussione sull'opportunità di richiedere nuovi miglioramenti sia di stipendio residenziale, sia dell'indennità alloggio, sia dei mezzi di trasporto, e sui metodi di lotta necessari a tale scopo. Dopo esame della situazione da parte dei colleghi Percival, Bongioanni, Mattioli, Prunas, Danioni, Oliaro, venne approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio federale piemontese dei M. C., preso atto della necessità della lotta già iniziata nella provincia di Novara, plaudendo all'azione esplicata dal raggruppamento provinciale di Novara, delibera che ogni raggruppamento provinciale decida nel proprio ambito quali siano le necessità attuali, le esponga in ordini del giorno come richieste all'Autorità tutoria, e tutti insieme si mettano d'accordo, per mezzo della Federazione, sui metodi di lotta più adatti da seguire qualora le richieste fatte non venissero accolte».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere in seguito a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

11. Provincia di *Piacenza*: Dott. Dragoni Pietro, del Comune di Piacenza, L. 300 — Dott. De Lama Pietro, del Comune di Mortizza, L. 300 — Dottor Ruggeri Giuseppe, del Comune di Gropparello, L. 300 — Zilocchi Iginio, del Comune di S. Giorgio Piacentino, L. 250 — Dott. Bertucci Giuseppe, del Comune di Vernasca, L. 250 — Dott. Ferrari Camillo, del Comune di Caorso, L. 250 — Dottor Perinetti Enrico, del Comune di Fiorenzuola d'Arda, L. 250 — Dott. Cesaroni Paolo, del Comune di Villanova sull'Arda, L. 150 — Dott. Candolfi Decio, del Comune di Cadeo, L. 150 — Dott. Gatti Felice, del Comune di Agazzano, L. 100.

12. Provincia di *Venezia*: Dott. Favalli Secondo, del Comune di Venezia, L. 500 — Dott. Abbruzzetti Alfonso, del Comune di Burano, L. 300 — Dott. Mozzi Riccardo, del Comune di Ceggia, L. 300 — Dott. Nogara Giuseppe, del Comune di Cavarzere, L. 300 — Dott. Brunn Antonio, del Comune di Fossalta di Portogruaro, L. 300 — Dott. Meneghelli Guido, del Comune di Scorzè, L. 300 — Dott. Ronconi Vincenzo, del Comune di Favaro, L. 300 — Dott. Ubertis Francesco, del Comune di Mirano, L. 300 — Dott. Tallone Dionigi, del Comune di Cavazuccherina, L. 300 — Dott. Paternò Michele, del Comune di S. Michele del Quarto, L. 300 — Dott. Forti Giuseppe, del Comune di S. Stino di Livenza, L. 300 — Dottor Scarante Antonio, del Comune di Zelarino, L. 300 — Dott. Tirelli Egidio, del Comune di Dolo, lire 300 — Dott. Pannone Alessio, del Comune di Mestre, L. 300 — Dott. Aly Belfadel Arturo, del Comune di S. Maria di Sala, L. 300.

13. Provincia di *Benevento*: Dott. Cerni Giuseppe, del Comune di Airola, L. 300 — Dott. Zamparelli Filippo, del Comune di Apollosa, L. 300 — Dott. Formosa Salvatore, del Comune di Tocco Gaudio, L. 300 — Dott. Cerza Vincenzo, del Comune di S. Giorgio la Montagna, L. 300 — Dottor Di Lella Giovanni, del Comune di Castelvenere, L. 300 — Dott. Petrillo Giacomo, del Comune di Faicchio, L. 300 — Dott. Addomizio Luigi, del Comune di Cercemaggiore, L. 300 — Dott. Basile Luigi, del Comune di S. Giorgio la Molara, L. 300 — Dott. Zuppa Domenico, del Comune di S. Marco dei Cavoti, L. 300 — Dott. Fusco Nicola, del Comune di Sassinoro, L. 300 — Dott. Marone Nicola, del Comune di Melizzano L. 150 — Dottor Campanella Antonio, del Comune di S. Bartolomeo, L. 150 — Dott. Zamparelli Giacomo, del Comune di S. Leucio, L. 150 — Dott. De Spirito Alfonso, del Comune di Apice, L. 150 — Dottor Ferro Francesco, del Comune di Foglianise, L. 150 — Dott. Lembo Luigi, del Comune di Fragneto l'Abate, L. 150 — Dott. De Simone Matteo, del Comune di Arpaia, L. 150 — Dott. Giaquinto Alfonso, del Comune di Montesarchio, L. 150 — Dottor Del Pozzo Berardino, del Comune di Pago Vaiano, L. 150 — Dott. Carusio Sebastiano, del Comune di Vitulano, L. 150 — Dott. Del Vecchio Pasquale, del Comune di Casalduni, L. 150 — Dottor Cleopazzo Filomeno, del Comune di Guardia S. Framondi, L. 150 — Dott. Delli Veneri Raffaele, del Comune di Morcone, L. 150 — Dott. Vigliotti Francesco, del Comune di S. Agata de' Goti, L. 150 — Dott. Brizio Vincenzo, del Comune di S. Lorenzo Maggiore, L. 150 — Dott. Lavigna Giuseppe, del Comune di S. Salvatore Telesini, L. 150 — Dott. Cusani Vincenzo, del Comune di Solopaga, L. 150 — Dott. Antinozzi Luigi, del Comune di Castelfranco in Miscano, L. 150 — Dottor Pelosi Giovanni, del Comune di Foiano Val Fartore, L. 150 — Dott. Santoro Raffaele, del Comune di Molinara, L. 150 — Dott. Principe Antonio, del Comune di Benevento, L. 150 — Dottor Antinozzi Alberto, del Comune di Monte Falcone di Val Fortore, L. 150.

CONCORSI.

BOLOGNA. — Per titoli ed esami; assistente del Laboratorio Medico Micrografico dell'Ufficio d'Igiene; L. 9500 con 5 aumenti di L. 600, di cui i primi quattro triennali, l'ultimo quinquennale. Caroviveri. Scad. ore 12 del 31 maggio.

CAPIZZONE (*Bergamo*). — Consorzio 4 Comuni; ab. 3430; L. 6500 per 1000 poveri; L. 500 uff. san.; L. 2000 mezzi trasporto e disagiata residenza; lire 300 ambulatorio; mese congedo; L. 120 assicurazione infortuni; caro-viv. Documenti entro 10 giugno al Sindaco.

CARTOCETO (*Pesaro*). — Piena con probabilità di camb. in residenziale, della frazione Lucrezia; lire 8000 oltre L. 1200 per c.-v., L. 1800 per la cav. e L. 300 per abitaz.; se la condotta sarà cambiata in residenziale lo stipendio sarà ridotto. Scadenza 31 maggio.

CASOLE D'ELSA (*Siena*). — Due condotte; L. 6000 con otto trienni del ventesimo; L. 2000 per la cav.; doppio caro-viv. Scad. 31 maggio.

CASTELLAFIUME (*Aquila*). — Poveri; L. 6000 oltre L. 1000 per disag. resid., L. 2000 per cavalc., L. 500 per uff. san., quattro sessenni del decimo. Età limite 60 anni. Il concorso sarà valido qualunque sia il numero dei concorrenti. Scad. un mese dall'8 maggio.

CASTELLETTO CERVO (*Novara*). — L. 4000 fino a 300 prov.; addizionale L. 5; alloggio L. 300; uff. san. L. 500; cinque quinq. del dec. Scad. 31 mag.

CASTEL RITALDI (*Perugia*). — Scad. 30 maggio, L. 6000 per i primi 1000 pov., L. 2 per ogni iscritto in più, L. 100 per uff. san., L. 1500 per cav., c.-v.

CAZZIMANI (*Milano*). — L. 6000; quota complementare L. 2000; bicicl. L. 300; uff. san. L. 500. Scad. 31 mag.

CENATE SOTTO (*Bergamo*). — Cons. con Cenate Sopra e S. Paolo d'Argon; L. 6500 per 1000 pov., L. 1000 per mezzo trasp., L. 500 quale uff. san. Scad. 15 giugno.

CUORGNÈ (*Torino*). — Consorzio con Salto e Priacco. L. 4300 iniziali; per uff. san. L. 1100; mezzi trasp. L. 500; alloggio L. 100; quinquenni; caro-viv. Scad. 31 maggio.

FANANO (*Modena*). — Due condotte pei poveri; L. 8000 con 10 bienni del ventesimo; caro-viveri; L. 2500 per cav. Scad. 31 maggio.

GENZANO (*Roma*). — 3ª Condotta residenziale; L. 10,000 con 4 quadrienni del decimo; due caroviveri; capitolato conforme al capitolato-tipo compilato dalla Commissione paritetica per la Provincia di Roma. Aperto al 2 giugno.

Grosseto. *Congregazione di Carità*. — Aiuto medico e aiuto chirurgo presso il R. Ospedale della Misericordia; L. 6000 e dopo un quadriennio lire 6420; due caro-viv.; stanza nell'Ospedale. Età 27-35 anni. Al 15 giugno. Nomina e conferma biennali. Rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale. dell'Ospedale.

Marsaglia (*Cuneo*). — L. 5500; caro-viv.; quinquenni; alloggio con giardino. Scadenza 30 maggio. Capitolato-tipo della Provincia.

Melendugno (*Lecce*). — Cond. per Borgagne; lire 5000, c.-v., 4 quinq. del decimo. Scad. 10 giug.

Milano. — *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Quattro medici primari; L. 7000; condizioni tutte dell'organico e dei regolamenti. Età limite 44. Memoria inedita: illustrazione clinica di due casi, ecc. Chiedere annunzio. Documenti al Protocollo del Consiglio (via Ospedale 5) entro le ore 16 del 6 agosto. Due chirurghi primari; idem; scad. ore 16 del 16 agosto.

Nus (*Aosta*). — Consorzio con Fenis, S. Marcel. Ab. 4891. L. 4000 iniziali; per uff. san. L. 700; indennità trasporto L. 1800; alloggio; quinquenni del decimo; caro-viv. Scad. 4 giugno.

Onano (*Roma*). — Al 31 mag.; L. 7000 fino a 2000 pov., L. 1.50 ogni pov. in più, L. 500 per disagiata resid., L. 300 quale uff. san., caro-viv.

Paluzza (*Udine*). — L. 6000 con tre quinquenni del decimo; caro-viv.; L. 1800 per cav.; L. 600 quale uff. san. Scad. 30 maggio.

Pettinengo (*Novara*). — L. 5000; ogni pov. sui 300 L. 5; per uff. san. L. 500. Scad. 31 maggio.

Pozzilli (*Campobasso*). — L. 3000; per cavalc. L. 1000. Scad. 31 maggio.

S. Anatolia di Narco (*Perugia*). — Consorzio con Narco Scheggino; L. 6000 per 1000 pov.; caro-viv., disag. resid. fino a L. 2000; tre quinquenni del dec. Scad. 30 giugno.

Sarsina (*Forlì*). — 2ª cond.; L. 7000 e 10 bienni del ventesimo. due caro-viv., L. 2000 per cav. In corso di appr. aumenti a L. 8000 e L. 2500. Scad. 31 maggio.

Villafranca d'Asti (*Alessandria*). — L. 6000; per cav. L. 1000; quale uff. san. L. 1000. Scadenza 6 giugno.

Interinato buona retribuzione cerca medico giovane pratica ostetrico-ginecologica. Scrivere offerte e condizioni: Dottor G. B. - Albergo Diurno, Piazza S. Silvestro, Roma.

Assumerei interinato ovunque. Dirigere offerte: Dott. B. Vendrame, Via Garibaldi 1, Tivoli.

Medico-chirurgo pratico condotta ed ospedale accetterebbe interinato buona retribuzione. Indirizzare offerte dettagliate: Dott. Feda, via Merulana, 60 - Roma.

Esami per medici di bordo.

Con decreto 1° maggio corr., è stata indetta dal Ministero dell'Interno per il mese di ottobre la sessione per l'anno 1921 degli esami d'idoneità per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo, a termini dell'art. 1 del R. D. 7 luglio 1910, n. 573.

Gli aspiranti dovranno inviare domanda e documenti al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) entro il 15 settembre 1921.

Diffide.

Nuove diffide: Cartoceto e Serraungherina (Pesaro), Casolo d'Elsa (Siena), Torreano e Valvassone (Udine).

Revoca di diffide: Mortara (Pavia), Cenate Sotto (Bergamo), prov. di Bergamo.

* * *

Ricercasi l'opera completa «Istituzioni di Anatomia dell'Uomo» del Chiarugi. Rivolgersi dottor Alessandro Lucca, Volpiano (Torino).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Negli Ospedali Civili di Genova sono risultati eletti, in esito a concorso, primari medici i dottori proff. Rolla Carlo, Calcaterra Ezio, Connio Alessandro e Sivori Luigi; primari chirurghi i dottori prof. Drago Federico, prof. Giudice Antonio e Oberto Carlo Mario.

Alla Cattedra di patologia speciale medica presso l'Università libera di Camerino è risultato primo, in seguito a concorso, il prof. Ferruccio Ravenna. Rallegramenti.

MEDICINA SOCIALE.

Scuola di Assistenti Sanitarie a Firenze.

Al Lyceum di Firenze, per iniziativa del Consiglio Nazionale delle Donne Italiane, fu tenuta una riunione allo scopo di far meglio conoscere la Scuola di Assistenti Sanitarie o Infermiere Visitatrici a tutti coloro che possono in qualche modo contribuire allo sviluppo della Scuola stessa.

Nell'importante adunanza, cui presero parte le migliori notorietà, dopo che la Presid. del Consiglio Nazionale, sig.ª Ida Uzielli De Mari, ebbe spiegati gli scopi della Istituzione delle Assistenti Sanitarie sorta dietro l'esempio dell'Inghilterra e dell'America, dove è fiorentissima, parlò la signorina Pacchioni, direttrice del Corso della Scuola Infermiere. Essa ricordò le vicende e i successi della scuola. Fece osservare che il còmpito delle Assistenti sanitarie va dalla propaganda di igiene e quella di economia domestica, esercitata direttamente nelle case del popolo, alla profilassi contro la tubercolosi, al servizio di assistenza sanitaria fra gli operai dei grandi stabilimenti industriali, alla sorveglianza della infanzia tanto a domicilio che nella Scuola.

Parlò poi il comm. Tabarrini, Presidente del Comitato del Rione di S. Croce, illustrando il lavoro compiuto dal Comitato in questi ultimi anni ed elogiando l'opera delle Assistenti Sanitarie, le quali, essendo a contatto diretto del popolo, costituiscono un eccellente anello di congiunzione fra il popolo stesso e i vari Comitati cittadini di beneficenza.

E dopo altri discorsi, il dott. Fatichi espresse il voto che sorga al più presto una Scuola per infermiere per il servizio negli ospedali, considerando la donna molto più adatta dell'uomo all'assistenza dei malati.

Ultimo prese la parola il dott. Roatta, il quale si dolse profondamente che da noi così poco sia stato fatto per la assistenza ospitaliera in confronto degli altri paesi, e deplorò che si fosse chiusa la Scuola per infermiere Regina d'Italia, che aveva dato ottimi risultati. Finì augurando anch'egli che sorgano presto Scuole per dare agli Ospedali infermiere veramente adatte al loro ufficio delicato e pietoso.

Lega Abolizionista Italiana.

Si è costituita in Roma una *Lega Abolizionista Italiana,* con sede in via in Arcione, 98. Essa aderisce allo scopo ed ai principii della Federazione Abolizionista Internazionale che risiede a Ginevra ed alla quale è federata. È indipendente da qualsiasi scuola, partito politico o confessione. Ha per scopo di provocare in Italia l'abolizione del riconoscimento legale della prostituzione.

Considerando le vigenti disposizioni sulla prostituzione un errore dal lato della salute pubblica, un'ingiustizia sociale, una mostruosità morale ed un delitto dal lato giuridico, la Lega si sforza di sollevare contro questo regime la disapprovazione generale. Oltre alle questioni che interessano direttamente l'abolizionismo, la Lega si propone di studiare con criteri scientifici le cause morali, economiche e sociali della prostituzione, i mezzi da adottarsi per prevenirla e combatterne gli effetti deleteri sulle condizioni igieniche e morali della società. A tal uopo essa si mantiene in stretto rapporto, oltre che con la Federazione Internazionale, con qualunque associazione italiana od estera le cui direttive siano affini alle sue. Cura altresì una attiva opera di propaganda, per mezzo di conferenze, convegni, pubblicazioni, ecc.

I soci della Lega sono: effettivi, collettivi, aderenti.

La Lega si propone di stimolare la costituzione di Sezioni in Italia. Per potersi costituire le Sezioni dovranno contare non meno di venti soci.

Il Consiglio Direttivo è così composto: Alice Schiavoni Bosio, *presidente;* on. prof. Pietro Borromeo, marchesa Elena Lucifero, dott. Teresita Sandesky Scelba, *vice-presidenti;* on. Luigi Federzoni, prof. Vincenzo Montesano, prof. Ettore Levi, dott. Eschilo Della Seta, signore Novi Scanni, Casartelli Cabrini, prof. Maria Loschi, avv. Teresa Labriola, Maria Valeri, Nadina Prochet, prof. Tito Gualdi, Paola Benedettini, comm. Chiarappa, *consiglieri.*

Una conferenza sull'organizzazione antitubercolare.

Nella R. Clinica Psichiatrica dell'Università di Napoli il prof. Camillo Poli, presidente dell'Associazione Genovese Antitubercolare, tenne una lucida conferenza alla presenza di un numeroso ed eletto uditorio.

Presentò l'oratore il sen. Bianchi.

Il prof. Poli espose tutto il programma di profilassi antitubercolare fin qui svolto a Genova, città più di ogni altra in Italia colpita dalla tubercolosi. Dichiarò che ormai la sua Associazione ha un bilancio di mezzo milione all'anno.

Alternando il suo dire con nitide proiezioni, illustrò i varî elementi dell'organizzazione cui egli sovraintende: ufficio centrale antitubercolare, asili campestri, scuole all'aperto, ospizio marino di Bergeggi, ecc. Egli fu vivamente applaudito allorchè parlò della necessità di combattere la tubercolosi specialmente nell'età infantile. Dopo aver rievocate le antiche e recenti glorie napoletane nella lotta antitubercolare, ricordando in special modo il celebre editto di Cirillo e Cotugno e le famose ricerche di Luciano Armanni sulla contagiosità del morbo, tenne a dichiarare tutta la sua ammirazione per i dispensarî antitubercolari di Napoli, che ha giudicato un modello del genere, ed auspicò il più lieto avvenire alla Società Antitubercolare Partenopea, che con rapidità ed efficacia senza pari provvede ad espletare il suo programma di sì alto interesse igienico e sociale.

NOTIZIE DIVERSE.

Il VI Congresso Medico Siciliano

si è svolto a Palermo negli scorsi giorni, con largo intervento di cogressisti.

All'inaugurazione parlarono il Sindaco, S. E. l'on. Orlando, il prof. Giuffrè, il prof. Lazzaro, il col. med. Gualdi, il prof. Bentivegna.

Daremo prossimamente un resoconto dei lavori.

La Fiera Campionaria del Mezzogiorno e del Levante.

La Fiera Campionaria del Mezzogiorno e del Levante avrà luogo in Catania dal 1° al 20 agosto; vi hanno dato valido appoggio il Comune, la Provincia, la Camera di Commercio, gli Istituti di Credito e il Governo; assumerà speciale importanza anche nei confronti delle manifestazioni congeneri sorte numerose in tutta Italia.

La particolare posizione geografica di Catania — protesa nel mare verso le terre d'Africa e d'Oriente — e le sue tradizioni commerciali, ne fanno uno dei migliori centri per un periodico convegno fra i venditori del Continente, della Sicilia e dell'Estero ed i compratori accorrenti dai grandi mercati di consumo scaglionati lungo le rive del Mediterraneo, dalla Tunisia alla Tripolitania, dalla Cirenaica all'Egitto, dalla Siria all'Asia Minore e alla Grecia.

La 3ª categoria della Mostra sarà dedicata alle industrie chimiche e farmaceutiche; la 4ª alle industrie dell'alimentazione; la 5ª all'edilizia; la 10ª includerà l'igiene; la 13ª le stazioni termali e idrominerali.

Per qualsiasi informazione le Ditte possono rivolgersi all'Amministrazione della *Gazzetta Medica Siciliana,* in Catania, Corso XX Settembre 20 (Largo dei Vespri).

Il Congresso e le Mostre di Parma. — Il programma in rapporto alla idroclimatologia.

Parte importante delle «Industrie Sanitarie» è quella che si riferisce al razionale sfruttamento delle ricchezze idrologiche e climatologiche, e molto opportunamente anche dal primo Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie Italiane, dello scorso anno, non venne dimenticata la parte idrologica.

Ad essa si connette intimamente anche quella climatologica, che è quasi sempre complemento integrante delle cure idriche (crenoterapiche); anzi è talora anche da sola elemento curativo importantissimo, del quale l'Italia è mirabilmente ricca.

Al Congresso prossimo di Parma (seconda decade di giugno) saranno svolti non gli argomenti scientifici e culturali, che hanno altre sedi opportune, ma bensì saranno studiate a fondo le questioni attinenti allo sviluppo industriale, che ha per base il nostro patrimonio naturale idroclimatologico. Saranno pertanto relatori di singoli argomenti riferentisi alle acque minerali e loro utilizzazione migliore, persone di speciale competenza tecnica ed amministrativa.

La Mostra accoglierà, nella Sezione idroclimatologica, quanto di meglio la Idrologia e la Climatologia italiane possono vantare; alcune delle nostre grandi Stazioni crenoterapiche e climatiche sono già conosciute, e lo scopo sarà soltanto di mostrarne lo sviluppo attuale e la possibilità di un ulteriore grandioso sviluppo futuro: ma figureranno anche, con la relativa documentazione scientifica e medica, numerose fonti e località, le quali, degnissime di grande utilizzazione terapeutica, sono tuttora poco conosciute.

L'organizzazione della Sezione idroclimatologica delle Mostre di Parma è affidata alla Commissione Permanente per le Industrie Sanitarie (Milano - Via S. Paolo, 10).

Corso di patologia e clinica delle malattie tubercolari.

Il 19 corrente, come abbiamo già annunziato, ha inizio presso la R. Clinica Medica di Genova un secondo corso di *Patologia e Clinica delle Malattie tubercolari,* diretto dal prof. sen. E. Maragliano. Tale corso è essenzialmente pratico e consiste: *a*) in dimostrazioni ed esercitazioni cliniche; *b*) in esercitazioni diagnostiche con speciale riguardo alla diagnosi precoce della tubercolosi ed al suo accertamento; *c*) in dimostrazioni radiologiche; *d*) in esercitazioni di laboratorio; *e*) in conferenze sulla patologia e sulla clinica della tubercolosi.

Completano il corso alcune conferenze pratiche sulle varie localizzazioni extra-polmonari della tubercolosi, tenute rispettivamente dai Professori della R. Università di Genova: Clivio, direttore dell'Istituto di Clinica Ostetrico-Ginecologica; V. Maragliano, direttore dell'Istituto di Radiologia; Masini, direttore dell'Istituto di Otorinolaringoiatria; Morselli, direttore dell'Istituto di Clinica Psichiatrica e Neurologica; Ovio, direttore dell'Istituto di Clinica Oculistica; Pacchioni, direttore dell'istituto di Clinica Pediatrica; Radaeli, direttore dell'Istituto di Clinica Dermosifilopatica; Tusini, direttore dell'Istituto di Clinica Chirurgica.

Inoltre il prof. Fabris, direttore dell'Istituto di Anatomia patologica, farà una conferenza dimostrativa di lesioni anatomo-patologiche, ed il professor Canalis, direttore dell'Istituto d'Igiene, una conferenza sui provvedimenti profilattici da applicarsi innanzi agli infermi di malattie tubercolari.

A coloro che avranno frequentato il corso regolarmente ed avranno fatto tutte le esercitazioni relative sarà rilasciato uno speciale diploma. Sono senz'altro ammessi al corso tutti coloro che notificano alla Segreteria della Clinica Medica (Via Balilla, 5 - Genova) il loro desiderio di parteciparvi.

In memoria del prof. De Giovanni.

Il 3 aprile in Sabbioneta (Mantova), la cittadina di Vespasiano, fu solennemente inaugurato un piccolo monumento ad Achille De Giovanni, che ivi ebbe i natali. Intervennero alla cerimonia il prof. Lucatello, rettore dell'Università e direttore della Clinica medica di Padova; i proff. Carlo Foà, Pari e Bertelli, il presidente dell'Ordine dei medici, il direttore e alcuni primari dell'Ospedale di Mantova, amici ed ammiratori dell'illustre defunto, numerosi medici del Mantovano e una folla di popolo. Giunsero numerose adesioni.

Nello storico Teatro fu scoperto il bellissimo medaglione, opera dello scultore Veneziani. Pronunciò il discorso inaugurale il dott. Giovanni Pugliesi, che rievocò la nobile figura dell'Estinto. In nome del prof. Giacinto Viola, impedito da malattia, lesse uno studio psicologico e scientifico sull'opera e sulle dottrine del Maestro il professor Pende. Infine il prof. Lucatello depose riverente sul monumento un fiore colto dall'aiuola che a Padova circonda l'erma di Roberto Ardigò e fece un parallelo tra i due Uomini insigni.

Rapporti sanitari con la Russia

La Sezione Medico-Sanitaria presso l'Ufficio di informazioni della Delegazione Commerciale della Repubblica Socialista Federale dei Sovieti di Russia ci comunica:

1. — La Sezione suddetta ha due scopi:

1° Di mostrare attraverso scritti, fatti, documenti e cifre l'attività del Governo degli operai e contadini per mezzo del Commissariato della Salute Pubblica, riguardo ai problemi medico-sociali, come: assicurazione e previdenze sociali, la lotta contro le epidemie, malattie, infortunio, disoccupazione, invalidità, vecchiaia, difesa della maternità, dell'infanzia, provvedimenti per danneggiati della guerra, sistemazione degli alloggi, igiene della scuola, insegnamento medico e preparazione del personale per la lotta profilattica e terapeutica contro le epidemie e malattie specifiche; sull'organizzazione ospedaliera, sugli stabilimenti climatici, ecc., ecc.;

2° La Sezione Medico-Sanitaria ha nel medesimo tempo lo scopo di tenere al corrente la Russia dei Sovieti di ciò che vi è di nuovo in Italia in tutte le branche delle Scienze medico-sanitarie, nella vita clinica, ospedaliera, nei congressi, nella letteratura, ecc.

In questo modo la Sezione spera compiere il suo modesto utile lavoro per mettere in contatto l'Italia e la Russia dei Sovieti nel proprio campo e nel senso più largo della parola.

La Sezione Medico-Sanitaria spera che le Università italiane, gli Istituti scientifici, la Stampa medica ed i medici vorranno facilitare questo suo còmpito, inviandole materiali ed informazioni su tutto ciò che riguarda i problemi acccennati nel presente comunicato, e per il bene e l'interesse comune.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

La Prensa Médica Argentina, 30 marzo. — F. C. ARRILAGA. Comparsa del ritmo normale in una aritmia completa. — G. BOSCH ARANA. L'insegnamento pratico dell'anatomia.

Studium, 20 aprile. — A. CARDARELLI. Ascesso del fegato o ciste da echinococco suppurata?

Pathologica, 1° maggio. — C. GAMNA. Sull'arteriosclerosi polmonare.

The Practitioner, maggio. — J. COLLIÉ. Il lamentoso: uno studio psicologico. — F. HERNAMAN-JOHNSON. Cura dell'ulcera rodente con i raggi X e affini.

La Medicina Ibera, 30 aprile. — A. NAVARRO BLASCO. Le moderne orientazioni nella terapia della tubercolosi.

Pensiero Medico, 16 aprile. — G. BOERI. L'indirizzo unitario o sintetico nella patologia medica.

British Medical Journal, 30 aprile. — W. THORBURN. Rizotomia posteriore. — J. B. MACALPINE. Ematuria asintomatica.

Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 28 aprile. — P. LE NOIR, CH. RICHET fils e A. JACQUELIN. Insufficienza epato-renale nel cancro dello stomaco. — G. PETITI. Le forme mentali protratte dall'encefalite letargica.

Rêvue Tunisienne des Sciences Médicales, aprile. — BROC e BARDOU. Le lesioni rettali nella dissenteria amebica. — GUINET. La curieterapia del cancro.

Journal des Sciences Médicales de Lille, 1° maggio. — A. LAVRAND. Pseudo-paralisi di Parrot.

Paris Médical, 30 aprile. — A. B. MARFAN. L'insegnamento della pediatria. — TURRETTINI e PETROWSKY. Encefalite epidemica a evoluzione molto protratta.

Berliner klinische Wochenschrift, 2 maggio. — FÜRBRINGER. L'angina da Leptothrix. — WEIL. Pes adductus congenitus e morbo di Köhler. — JACOBY. Salvarsan argentico, salvarsan mercuriale e sulfoxylat.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 10 aprile. — L. PEZZOTTI. Sulla intersistole.

Wiener klinische Wochenschrift, 28 aprile. — BUCURA. Trattamento delle affezioni gonococciche annessiali.

Gazette des Hôpitaux, 28 e 30 aprile. — R. BENSAUDE. Trattamento dietetico dell'enterite cronica.

Medizinische Klinik, 1° maggio. — G. SINGER. Trattamento conservativo dell'ulcera peptico-digiunale.

Lo Sperimentale, fasc. I-III. — G. CRESCENZI. Rara malformazione del tenue. — A. AMATO. Sensibilizzazione opsonica e sua reversibilità.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 6 mag. — KEYSSER. Dosimetria dell'actinoterapia dei tumori maligni. — KUHLMANN. Diagnosi differenziale tra ipovarismo e mixedema rudimentale.

Medizinische Klinik, 8 mag. — Inchiesta sull'ittero catarrale e sull'atrofia gialla acuta del fegato.

Brazil-Medico, 9 apr. — L. TRAVASSOS. I nuovi tremotodi.

Jornal dos Clinicos, 30 mar. — N. PENDE. Le sindromi simpatiche nei combattenti.

The Journal of Nervous and Mental Disease, apr. — K. A. MENNINGER. Influenza e melanconia. — E. JACOBSON. Riduzione dell'irritabilità e dell'eccitamento nervoso con il rilassamento.

La Medicina Ibera, 7 mag. — A. SIERRA. L'abuso dei purganti.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII Roma, 30 Maggio 1921 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sulle infezioni paratifiche, particolarmente sull'infezione da Paratifo A.

Osservazioni e ricerche

del Dott. VITTORE ZAMORANI
assistente alla Clinica Pediatrica della R. Univ. di Genova, già capitano medico di complemento.

Durante il servizio militare prestato nel periodo della guerra ho avuto occasione di osservare numerosi casi di infezione paratifica; i casi di malattia occorsero più specialmente in due riprese: la prima tra il gennaio e l'aprile 1917 presso l'Ospedale da campo N. 220, la seconda nel 1918 e 1919 presso l'Ospedale Militare di Tripoli.

Poichè le pubblicazioni che riguardano la infezione da Paratifo A sono tutt'altro che numerose, ho creduto opportuno di riassumere brevemente quanto mi è risultato dalle osservazioni eseguite.

Tutti i casi, la cui osservazione ha fornito argomento di queste note, furono accertati batteriologicamente; la maggior parte mediante emocultura, pochi coll'esame delle feci. Ho preferito di evitare l'accertamento sierodiagnostico, trascurando tutti i casi di malattia così identificati, perchè, nell'incertezza prodotta dalla vaccinazione nell'apprezzamento della sierodiagnosi, gli altri procedimenti danno senza dubbio una garanzia di sicurezza diagnostica incomparabilmente superiore. Il reperto di bacilli paratifici nelle feci nei casi, nei quali furono isolati, mi parve probativo in quanto

confermava un indirizzo clinico già sorretto da un criterio epidemiologico.

Circa l'emocultura è forse superfluo ripetere che deve essere eseguita il più precocemente possibile; tra quelle eseguite nella prima settimana di malattia si ebbe il 96% di esiti positivi. Le emoculture furono eseguite in brodo o in bile con circa 10 cc. di sangue.

L'identificazione dei germi fu raggiunta nei primi casi cogli esami culturali in varii terreni (Endo, Drigalski, Petruschki), colle prove fermentative degli zuccheri, infine mediante l'agglutinazione con sieri ad alto titolo. Furono sempre ottenute agglutinazioni con diluizioni forti, oltre 1:4000 per il paratifo A, fino a 1:2500 per il paratifo B. Per quest'ultimo germe si ebbe difficilmente agglutinazione con maggiori diluizioni del siero, il cui titolo fu sempre 1:5000 (controllato ripetutamente con ceppi di laboratorio); qualche volta le culture di Paratifo B di primo trapianto si dimostrarono inagglutinabili, mentre si rendevano agglutinabili dopo il terzo, quarto trapianto.

Eseguendo la reazione sul germe in esame contemporaneamente con siero agglutinante il b. di Eberth, con siero agglutinante il b. Paratifo A e con siero agglutinante il b. Paratifo B si poterono escludere gli errori che sarebbero potuti derivare da agglutinazione di gruppo. Più tardi, costretto da necessità di lavoro, essendo esattamente accertati i primi casi e stabilite le condizioni di ricerca, mi sono limitato per l'identificazione dei germi coltivati alle prove di agglutinazione eseguite colle modalità sopra accennate. Naturalmente non ho tenuto conto di tutti i casi ad accertamento non chiaro e di tutti quelli che apparivano di infezione mista.

I casi di Paratifo A così accertati furono complessivamente 130.

I militari colpiti dalla malattia erano stati per la maggior parte vaccinati con un vaccino polivalente contro il b. del tifo e il Paratifo B irregolarmente e a distanza varia di tempo, ma sempre rilevante (più di otto mesi) dal momento in cui avevano contratta l'infezione: pochi non erano mai stati vaccinati. Nessuno era stato vaccinato contro il Paratifo A, poichè i vaccini polivalenti non erano preparati contro questo germe.

Mi fu dato di seguire in Tripoli alcuni casi di Paratifo A verificatisi tra la popolazione borghese, non vaccinata; questi sebbene non numerosi, offrirono particolare interesse, perchè in confronto coi casi osservati nei militari, non presentarono differenze degne di rilievo.

SUL PARATIFO A A SINDROME TIFOIDE.

La malattia ha un periodo di incubazione, sulla cui durata non è possibile di riferire dati esatti e sicuri per la difficoltà di stabilire il momento del contagio. Da quanto risulterebbe la durata sembra variare entro limiti piuttosto ampii, da cinque, sei giorni fino a due settimane. Questo periodo decorre talora nel completo benessere fino all'iniziarsi della malattia che si insedia in modo più o meno rapido; altre volte invece la fine dell'incubazione da un lato, l'inizio della malattia dall'altro appaiono male definibili, perchè lo stato di malattia vero e proprio è preceduto da un periodo di disturbi di varia intensità e durata; nei casi più lievi consistono in cefalea, malessere, senso di stanchezza, dolori reumatoidi; nei casi più gravi i medesimi disturbi sono più intensi e si accompagnano inoltre con disordine dell'apparato digerente, che si manifesta con diarrea e con dolori addominali e da movimenti termici vespertini per lo più non molto spiccati. Disturbi così accentuati sembrano piuttosto caratterizzare i periodi prodromici di lunga durata, la quale in certi casi parrebbe essere stata anche superiore a due settimane. Risulta inoltre dall'anamnesi di alcuni ammalati che prima di entrare in Ospedale soffrivano di diarrea da più di un mese; taluni di essi avevano notato che le deiezioni erano sulle prime costituite da materiale liquido muco-purulento, variamente striato di sangue, che poi negli ultimi giorni diventava più acquoso e pure rimanendo ricco di muco aveva perduto il carattere emorragico. Forse questo lungo periodo di sofferenze intestinali non è da considerarsi tutto legato all'infezione paratifica, perchè non è possibile di decidere se i disturbi, sopratutto quelli a carattere dissenteriforme, possono considerarsi connessi eziologicamente coll'infezione paratifica accertata in seguito, o se questa si è sovrapposta a preesistenti disturbi intestinali a tipo dissenteriforme provocati da un differente agente morboso. Avrò occasione di ritornare in seguito sopra il quesito; mi preme per ora di rilevare il dato anamnestico, che era attendibile perchè le condizioni di deperimento del paziente ne facevano testimonianza.

Orbene, lo stato di vera e propria malattia suole iniziarsi con pari frequenza sia in modo lento e progressivo che in modo rapido. Nel primo caso la febbre si eleva gradatamente e in tre-quattro giorni raggiunge i 39°-39°.5; nel secondo invece la temperatura ascende bruscamente con sensazione intensa di freddo, talora anche con brivido fino ai 40° e oltre. Gli ammalati nei quali la malattia ebbe un inizio rapido, presentarono le temperature febbrili più elevate.

Nella malattia a decorso regolare la prima settimana offre i sintomi più intensi e tumultuari e ciò indipendentemente dalla durata e dal decorso ulteriore. La febbre raggiunge la massima elevazione; nel periodo giornaliero di accensione si esacerba la cefalea, si può avere vomito, cardiopalmo, tosse stizzosa, irrequietezza. Per questi disturbi nelle forme più lievi possono aversi vive sofferenze; tuttavia raramente sono da osservarsi spiccati fenomeni di eccitazione nervosa, raro il delirio e solamente nell'acme febbrile. Invece nei periodi succes-

sivi, quando la febbre non raggiunge più le massime elevazioni proprie della prima settimana, gli ammalati nei periodi giornalieri di febbre più moderata, possono persino provare una sensazione di relativo benessere.

Spesso all'inizio della malattia si presentarono fenomeni di notevole interesse a carico dell'apparato respiratorio. Gli ammalati erano in preda a dispnea, cianotici in viso; avevano tosse con escreato ematico, talora rugginoso; febbre a tipo continuo sopra i 40°, polso piccolo e frequente (fino a 130) senza che per lo più fosse dato di rilevare una netta lesione dell'albero respiratorio corrispondente alla intensità e alla gravità dei sintomi e capace di spiegarli; solo esistevano scarsi fatti catarrali delle più grosse vie respiratorie. Il complesso dei fenomeni fu spesso tale e di tale durata da lasciare anche per qualche giorno in dubbio che non esistesse in questi ammalati un focolaio pneumonitico centrale clinicamente non individuabile; finchè i sintomi gradatamente si attenuavano e svanivano, mentre insieme si rendeva più chiaro il quadro dell'infezione tifoide. La difficoltà e l'incertezza diagnostica differenziale furono tanto più gravi in due casi nei quali esisteva una lesione nettamente localizzata e rilevabile.

Mentre i sintomi accennati a carico dell'apparato respiratorio costituirono negli ammalati osservati nel 1917 una caratteristica frequente dell'inizio della malattia, la broncopolmonite vera e propria rappresentò piuttosto una complicazione grave tardiva.

Per stabilire se esistesse un rapporto eziologico tra la lesione dell'apparato bronco-polmonare e l'infezione poi accertata furono praticati esami diretti a dimostrare la presenza eventuale di b. paratifici nell'escreato. Ma nei pochi casi nei quali poterono essere tentati si ebbe esito negativo. La ricerca non è a dir vero agevole sia per difficoltà tecniche, sia per il tempo nel quale deve essere eseguita, cioè molto precocemente. Non è neppure improbabile pensare che se i germi si localizzano e riescono in primo tempo alla superficie della mucosa, vengono poi rapidamente sopraffatti dai comuni saprofiti delle prime vie respiratorie.

Questo modo di iniziarsi delle infezioni tifoidee è stato frequentemente osservato durante la guerra e messo nell'opportuno rilievo; e sebbene, per ciò che ho potuto constatare, si presenti con frequenza notevolmente superiore nelle infezioni paratifiche, non credo che possa essere considerato come caratteristico di esse sole, riscontrandosi anche nell'infezione da b. di Eberth. Credo bene anche aggiungere che la sindrome iniziale a carico dell'apparato respiratorio se anche è eziologicamente connessa colla infezione, non ne rappresenta una caratteristica costante e necessaria; sembra essere piuttosto una particolarità di una determinata epidemia e propria più specialmente dei casi ad insorgenza rapida.

Pure all'inizio della malattia si poterono spesso osservare lesioni alle fauci e all'apparato linfatico faringeo. I pilastri e il velopendolo si presentavano spesso alquanto edematosi e congesti, le tonsille tumefatte e arrossate, talora disepitelizzate alla superficie. La lesione della mucosa non assumeva però mai carattere suppurativo e tanto meno distruttivo o necrotico e non raggiungeva gravi proporzioni; anzi in pochi giorni soleva regredire e risolversi. Le ghiandole linfatiche del collo non erano interessate. I sintomi soggettivi a carico della faringe erano lievi o mancavano; onde l'attenzione dell'ammalato non era di solito richiamata alla regione. Perciò non fu possibile di stabilire nei singoli casi da quanto tempo la lesione esisteva e se essa apparteneva piuttosto al periodo prodromico che a quello di malattia.

L'epistassi può aversi e per lo più nella prima settimana; ma è piuttosto rara, tanto che non si manifestò che nel 3 % dei casi.

Sulla fine della prima settimana, più di rado sul principio della seconda si rende rilevabile il tumore di milza, il quale a giudicare dai casi nei quali fu possibile un esatto apprezzamento, apparve in modo costante con le caratteristiche, che suole avere nel tifo, di tumore molle e non molto accentuato, che talora era dolente alla pressione e talora doleva spontaneamente.

Spesso in tale periodo fu pure riscontrata nella regione sopraepatica posteriore una breve zona di ottusità (segno di Lesieur). Il sintomo non è però risultato di grande giovamento, perchè si può osservare in molti processi infettivi febbrili e particolarmente in quelli che si accompagnano con intensa emolisi, nei quali il sintomo è forse più spiccato che nelle infezioni tifoidee.

Una tumefazione epatica di modico grado fu riscontrata con frequenza specialmente nell'ultimo periodo di malattia. Il fegato si palpa anteriormente liscio, non duro; sia la palpazione dell'organo che la pressione sulla regione della cistifellea possono riuscire dolorose.

All'inizio della seconda settimana appare la roseola, che non si differenzia da quella che si osserva nel tifo. Le papule non sono nella maggioranza dei casi molto numerose, talora possono essere assai scarse (10-12 in tutto) situate sulla cute dell'addome e delle parti inferiori del torace. La papula è circoscritta, lenticolare, rosea, senza alone, nettamente rilevata. Accanto alla forma tipica di roseola si poterono osservare forme atipiche di rado per il momento della comparsa, più spesso per la sede (estendendosi alla cute di tutto il torace e persino agli arti) o per le dimensioni, o per l'intensità del colore, o per l'evoluzione della lesione cutanea (che in due casi giunse fino alla formazione di una piccola pustola contenente b. paratifici, come si potè accertare con ricerche culturali), sia per l'aspetto delle efflorescenze elementari le quali apparivano poco rilevate e male definite e distinte sopra uno sfondo marezzato della cute. Queste forme atipiche, che del resto possono osservarsi anche nel tifo, ebbero particolare importanza laddove si rese necessaria la diagnosi differenziale col tifo esantematico. In tali casi l'elemento utile per giudicare della natura dell'esantema è rappresentato dal momento della sua comparsa rispetto all'inizio della malattia.

Ma i casi nei quali la roseola si manifestò con così rilevante atipia non furono molto frequenti. Mi preme piuttosto di rilevare che la roseola apparve in modo quasi costante essendo mancata in pochissimi ammalati. Bi-

sogna talora cercarla perchè le efflorescenze scarse di numero possono sfuggire tra altre lesioni della cute, come per esempio — e questo fu il caso più frequente — tra lesioni da grattamento e sotto la conseguente esagerata pigmentazione cutanea.

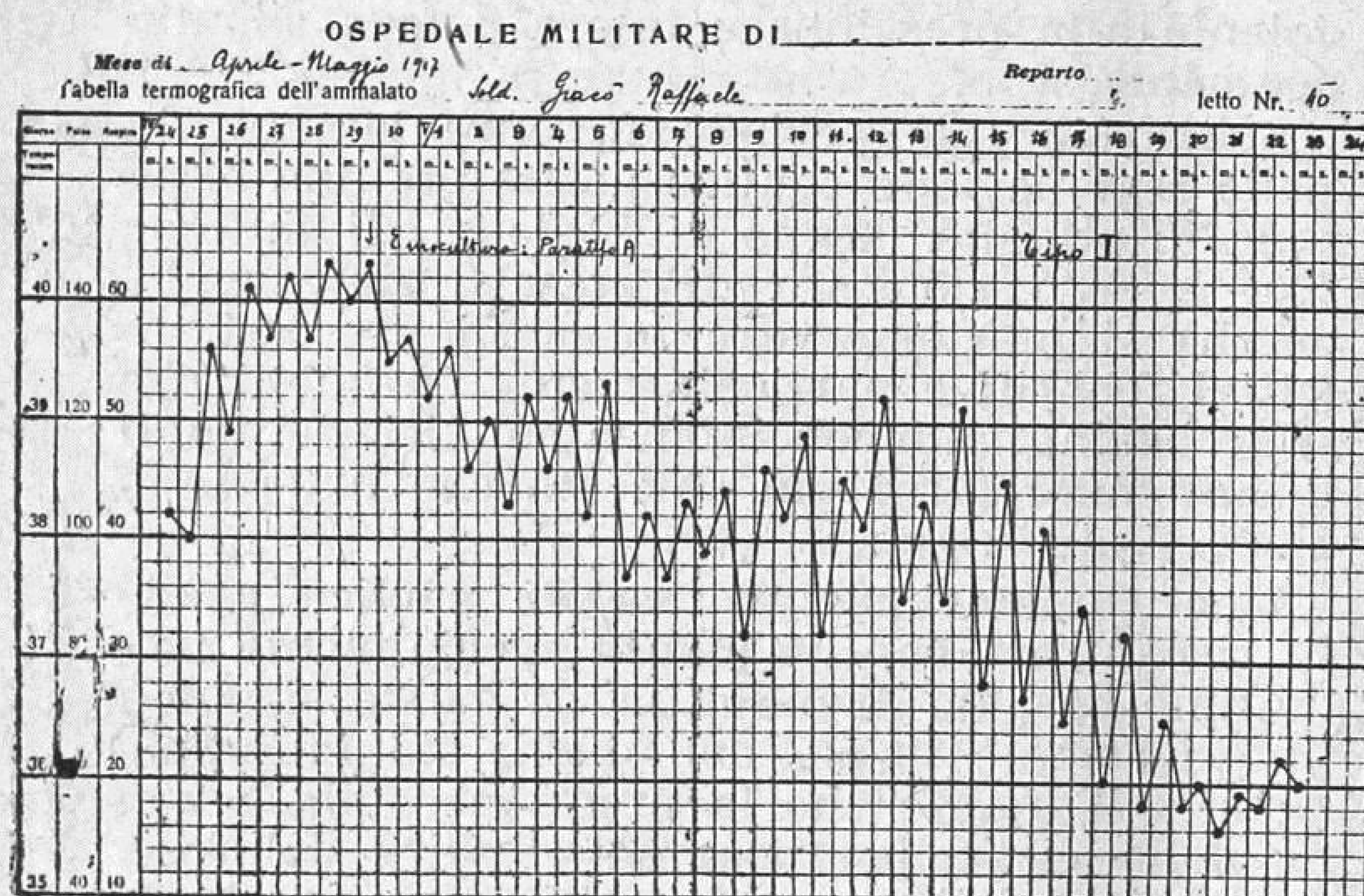
Nulla di caratteristico offre il comportamento del polso. Durante il periodo febbrile esso fu frequentemente dicroto. La bradicardia si presentava invece costantemente nel periodo di convalescenza, ossia dopo la defervescenza.

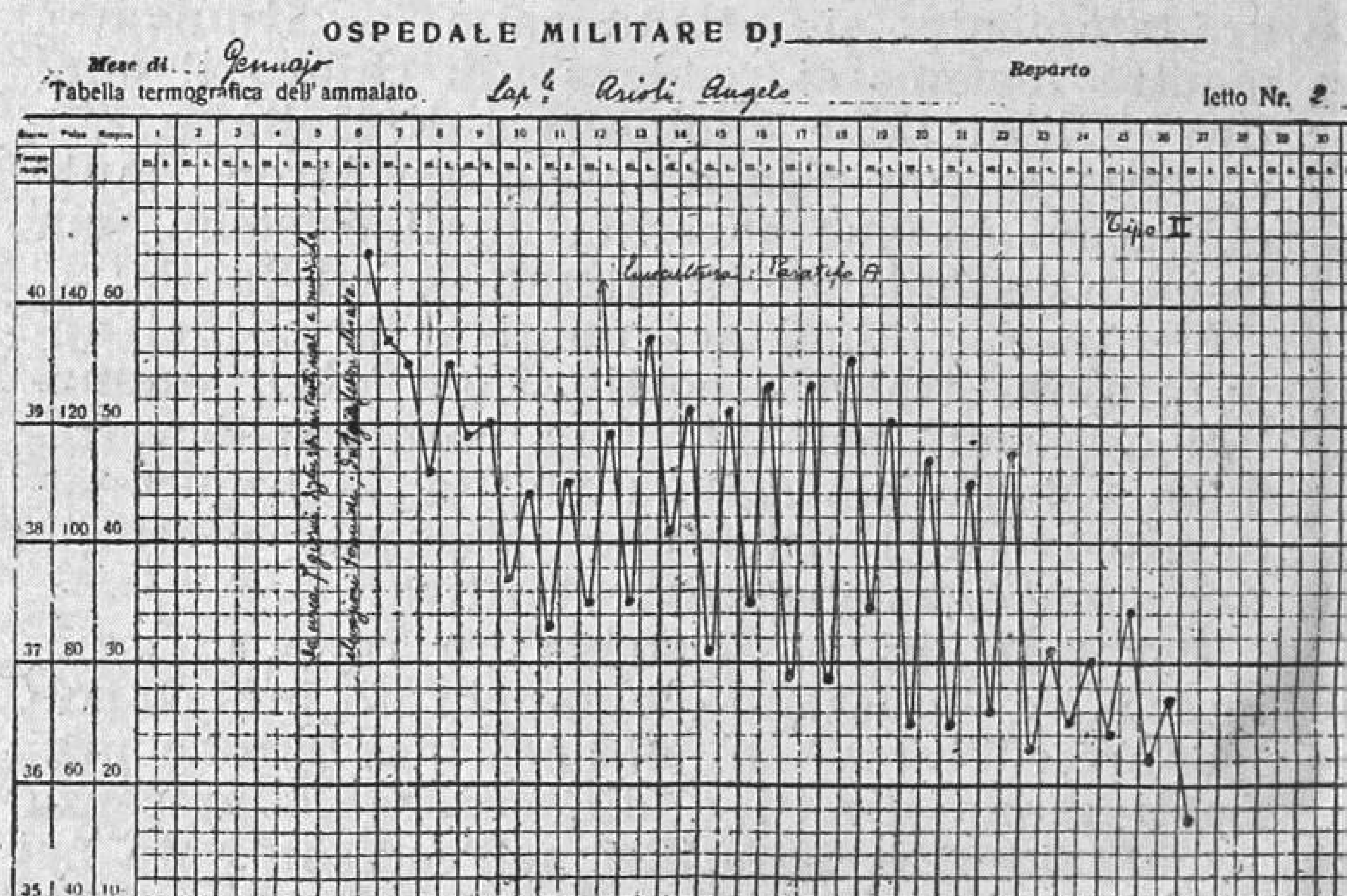
Non furono mai osservate complicazioni miocardiche nè endocardiche.

Neppure l'apparato urinario fu nei casi osservati colpito dall'infezione, non essendosi mai constatata una vera nefrite, ma tutto al più in qualche caso solo una albuminuria transitoria.

Durante il decorso della malattia la lingua presentò un aspetto vario: più o meno impaniata talora arrossata alla punta e ai margini, ma senza un aspetto per nulla caratteristico. Solo due volte fu osservata la lingua di colore rosso cupo, disepitelizzata, arida, quasi pergamenacea come si riscontra nel tifoso grave.

La diarrea rappresenta il solo sintomo positivo di lesione intestinale. Ma non sempre l'infezione decorre con questa alterazione delle funzioni dell'apparato digerente, chè anzi i casi di malattia, caratterizzati tra l'altro dalla stipsi si sono osservati non raramente. Certo la stipsi, che di per sè costituisce un fenomeno negativo, non è sufficiente a provare l'assenza di lesioni intestinali; però la possibilità può essere supposta con maggiore verosimiglianza e probabilità quando la stipsi si accompagni ad un decorso di malattia lieve e di breve durata (non più di due settimane). Tuttavia il maggior numero dei casi (80 %) decorse con diarrea, la quale talora preesisteva all'inizio della malattia, altre volte si presentò nei primi giorni, più di rado soltanto alla fine della prima settimana. Le scariche si ripetevano da due a cinque volte al giorno e il materiale di dejezione era liquido, piuttosto fetido, raramente di colore giallastro, per lo più colorato in verde; fu sempre ricchissimo di muco. Il muco appare sospeso nel liquido tra scarsi residui alimentari in grossi fiocchi grossolanamente rilevabili ad una osservazione superficiale. Per l'abbondanza del muco il materiale di dejezione si





differenzia dunque notevolmente da quello del tifo; e mi sembra che questo carattere delle dejezioni meriti quindi un particolare rilievo in quanto esso starebbe a dimostrare una localizzazione colica del processo flogistico.

Quando esiste diarrea l'addome è spesso meteorico, un po' dolente, poco trattabile; altrimenti si presenta pressochè normale.

Il gorgoglio ileo-cecale (seppure gli si vuole attribuire importanza) in relazione col differente modo di reagire dell'intestino, si presentò del tutto incostante.

Riguardo alle complicazioni a carico dell'intestino debbo dire che un solo ammalato ebbe enterorragia; e che non si ebbe mai a verificare perforazione, per quanto le presupposizioni teoriche non escludano la possibilità di una simile evenienza.

Il decorso febbrile offrì nel maggior numero dei casi delle caratteristiche interessanti. Secondo che il periodo di malattia vera e propria si iniziava in modo rapido o con andamento più lento e gradualmente progressivo, la temperatura si elevava al massimo o rapidamente in 24-48 ore, oppure gradualmente in più giorni. Nei casi ad ascesa febbrile rapida le massime temperature osservate variarono intorno i 40°-40°.5; negli altri raggiunsero i 39°-39°.5. Raggiunta la maggiore elevazione la febbre si manteneva nei 4-5 giorni successivi talora continua intorno ai 40°, altra volta assumeva un andamento irregolare, altre ancora presentava subito delle profonde remissioni giornaliere. La massima temperatura raggiunta in tutta la malattia fu per lo più osservata in questo periodo di tempo, cioè nella prima settimana.

In seguito si iniziava un decorso caratterizzato da oscillazioni più o meno apparíscenti e ampie secondo l'intensità della febbre. Tra la temperatura del mattino e quella della sera si osservarono delle differenze da uno a due gradi, persino due gradi e qualche decimo. La temperatura mattutina era al disotto dei 38°, talora quasi alla norma, quella vespertina si elevava di frequente ai 39° e oltre, senza però passare i 40°. Ogni giorno l'ammalato avvertiva nelle ore pomeridiane il riaccendersi della febbre per la cefalea, che appariva o si esacerbava, ovvero per una sensazione di malessere generale, di freddo alle estremità, o per un qualche altro distur-

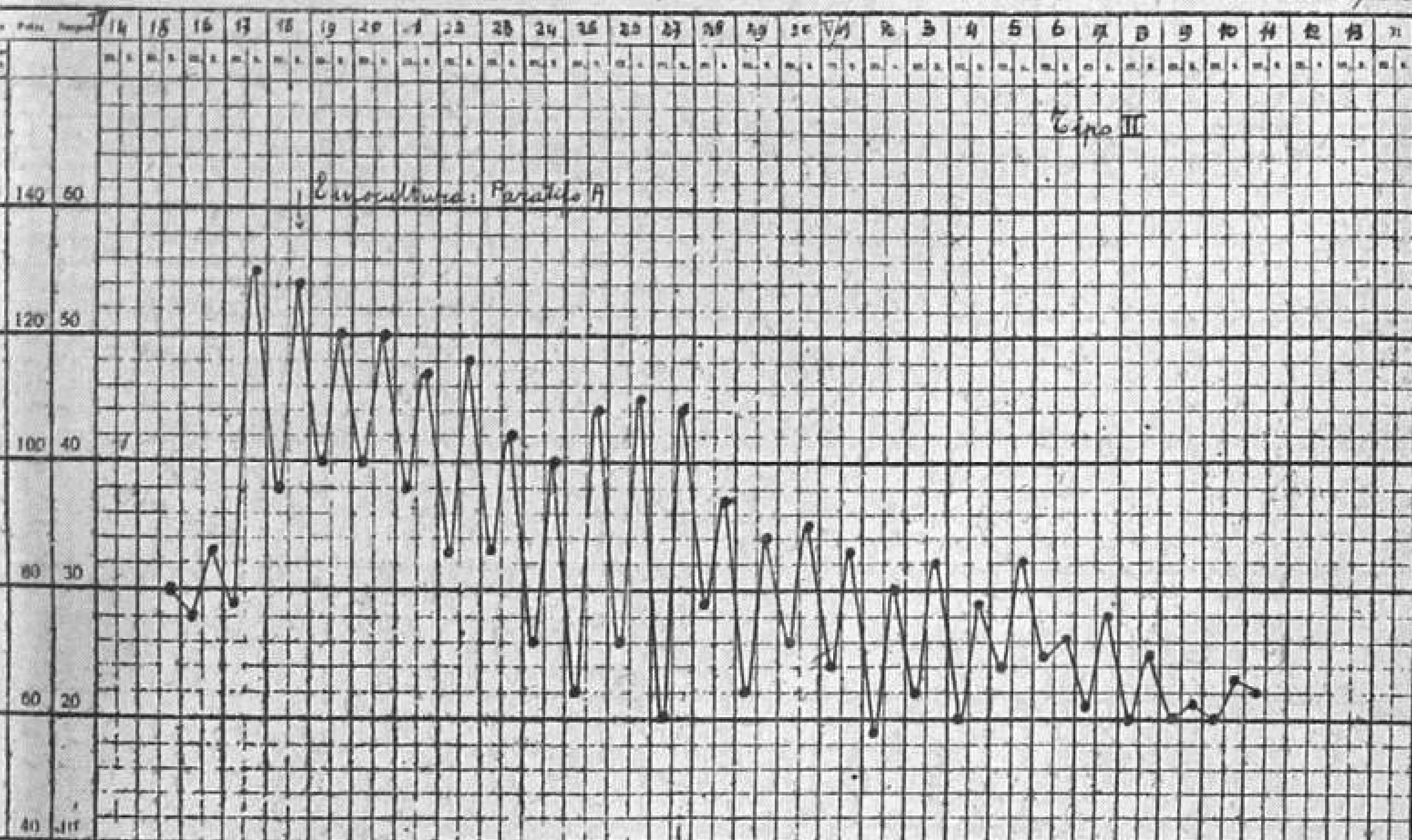
bo soggettivo vario da individuo a individuo; la defervescenza avveniva inavvertitamente nella notte. Solo sul declinare della malattia una diaforesi intensa accompagnò spesso la defervescenza febbrile. La febbre infine scompariva nella maggior parte dei casi per lisi in tre, cinque giorni; in qualche ammalato si è potuto assistere alla interruzione critica del decorso febbrile. Però la temperatura non ritornava subito normale perchè poteva



aversi un periodo di ipotermia varia per grado (fino a 35°.6) e durata (non oltre una settimana).

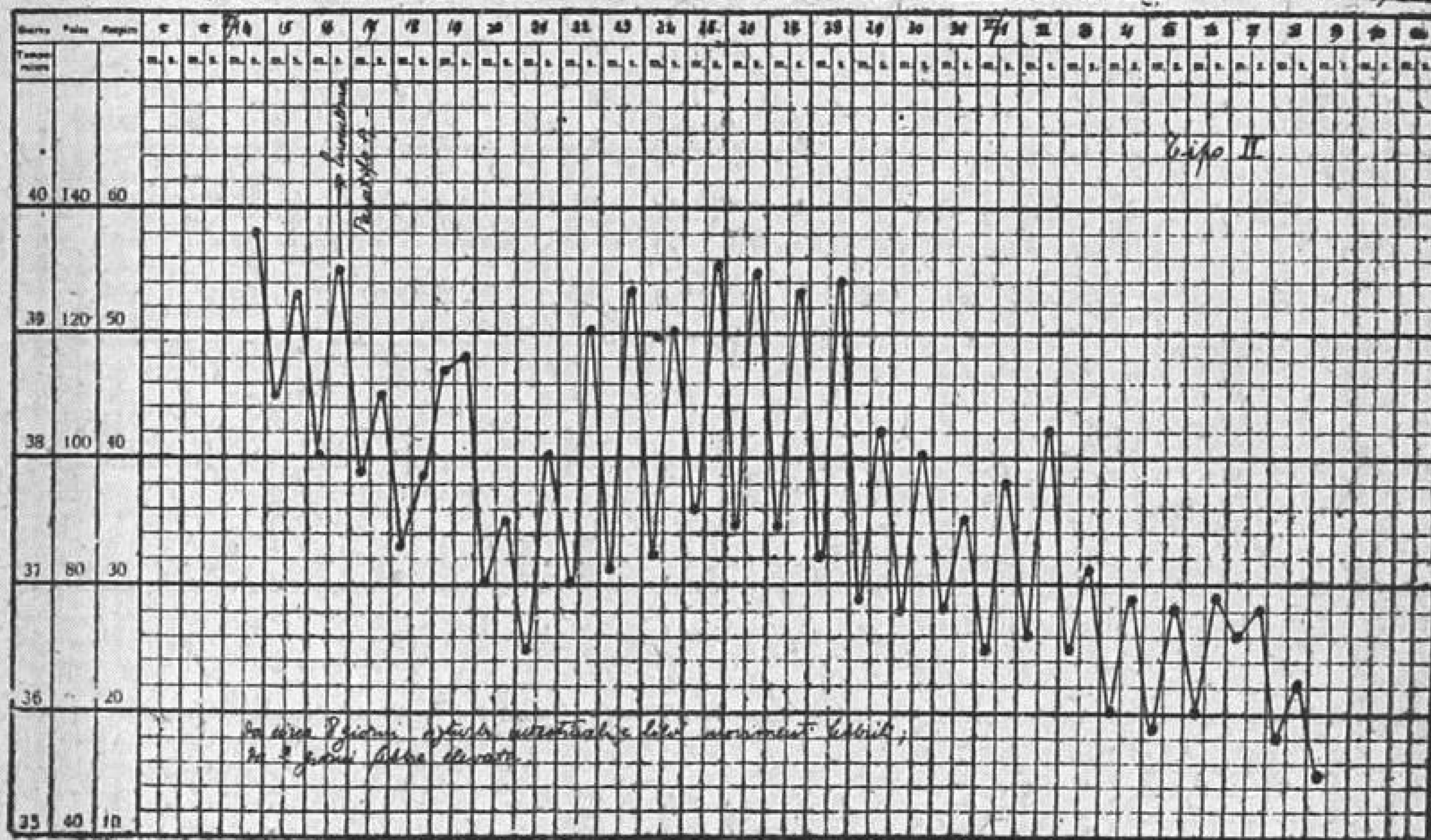
A seconda del decorso e della durata della febbre si sono osservati quattro tipi prevalenti di curva termica:

I. Della durata di quattro settimane, che ricorda da vicino il decorso classico nell'infezione da b. di Eberth; ma se ne differenzia perchè le temperature febbrili più elevate



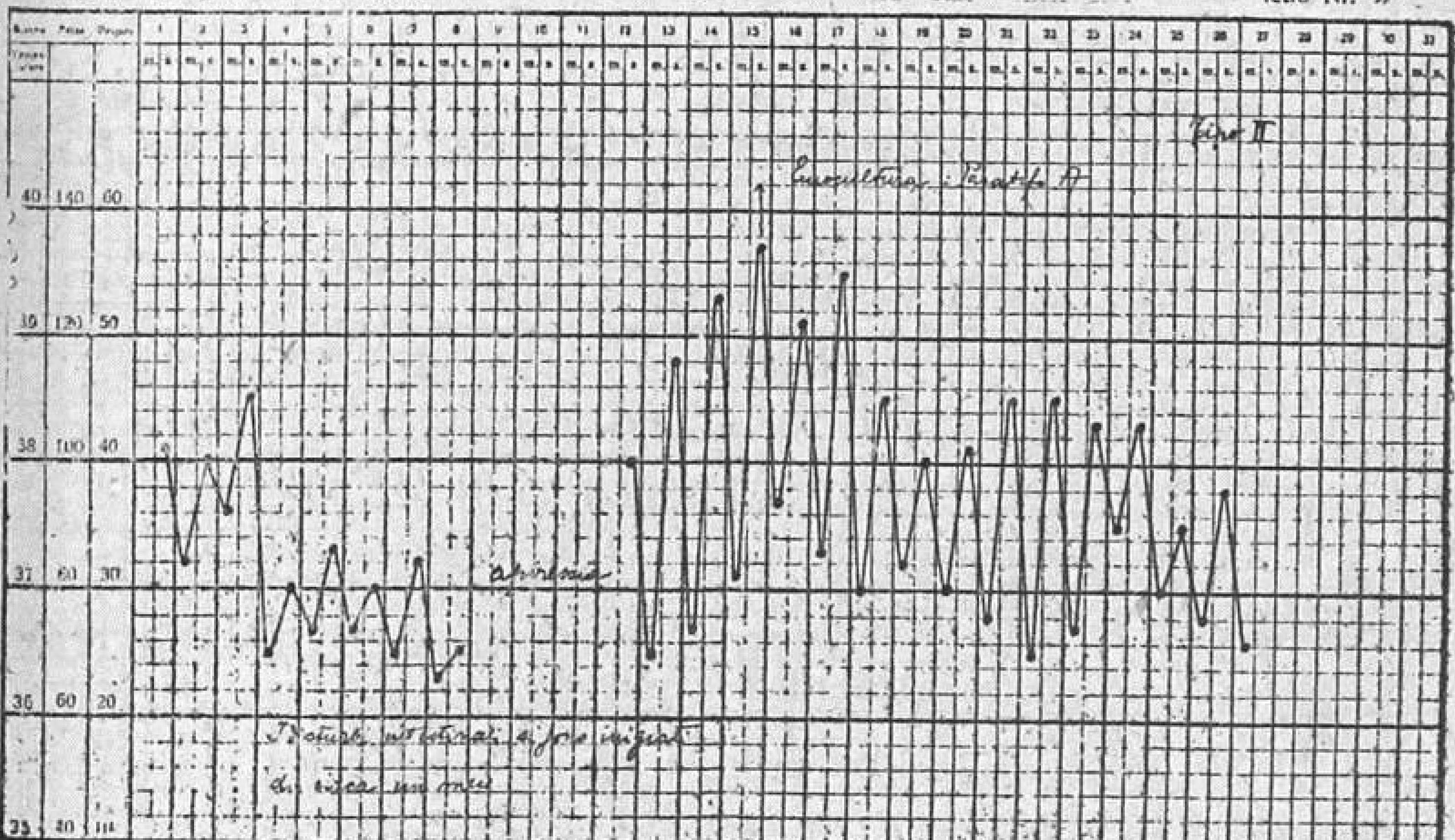
si hanno nella prima settimana di malattia, perchè manca nella seconda e terza settimana un vero periodo febbrile di stato, mentre invece le massime elevazioni giornaliere sono piuttosto moderate e inferiori a quelle della prima settimana, onde viene a costituirsi quasi una lunga lisi. Questo tipo febbrile fu osservato nel 10% dei casi.

II. Della durata di circa tre settimane. La massima temperatura di tutta la malattia è anche qui precoce. Durante la seconda e parte della terza settimana la febbre raggiunge nel pomeriggio un massimo pressochè stazionario, minore però sempre di quello della prima settimana, mentre al mattino rimette ampiamente. Negli ultimi giorni la febbre scompare per una rapida lisi. A questo gruppo specialmente appartengono i casi ad interruzione febbrile critica. Non credo che si possa parlare di caduta critica in quanto che la remissione mattutina conduce spesso la temperatura intorno alla norma o quasi;



onde la scomparsa della febbre ha luogo piuttosto per mancanza della riaccensione pomeridiana che per una vera caduta della temperatura. Il secondo tipo fu riscontrato nel 45% dei casi.

III. Della durata di due settimane circa. Le maggiori elevazioni termiche sono pure nel periodo iniziale. La febbre in tutto il suo decorso presenta un andamento molto irregolare, mantenendosi un giorno moderata per

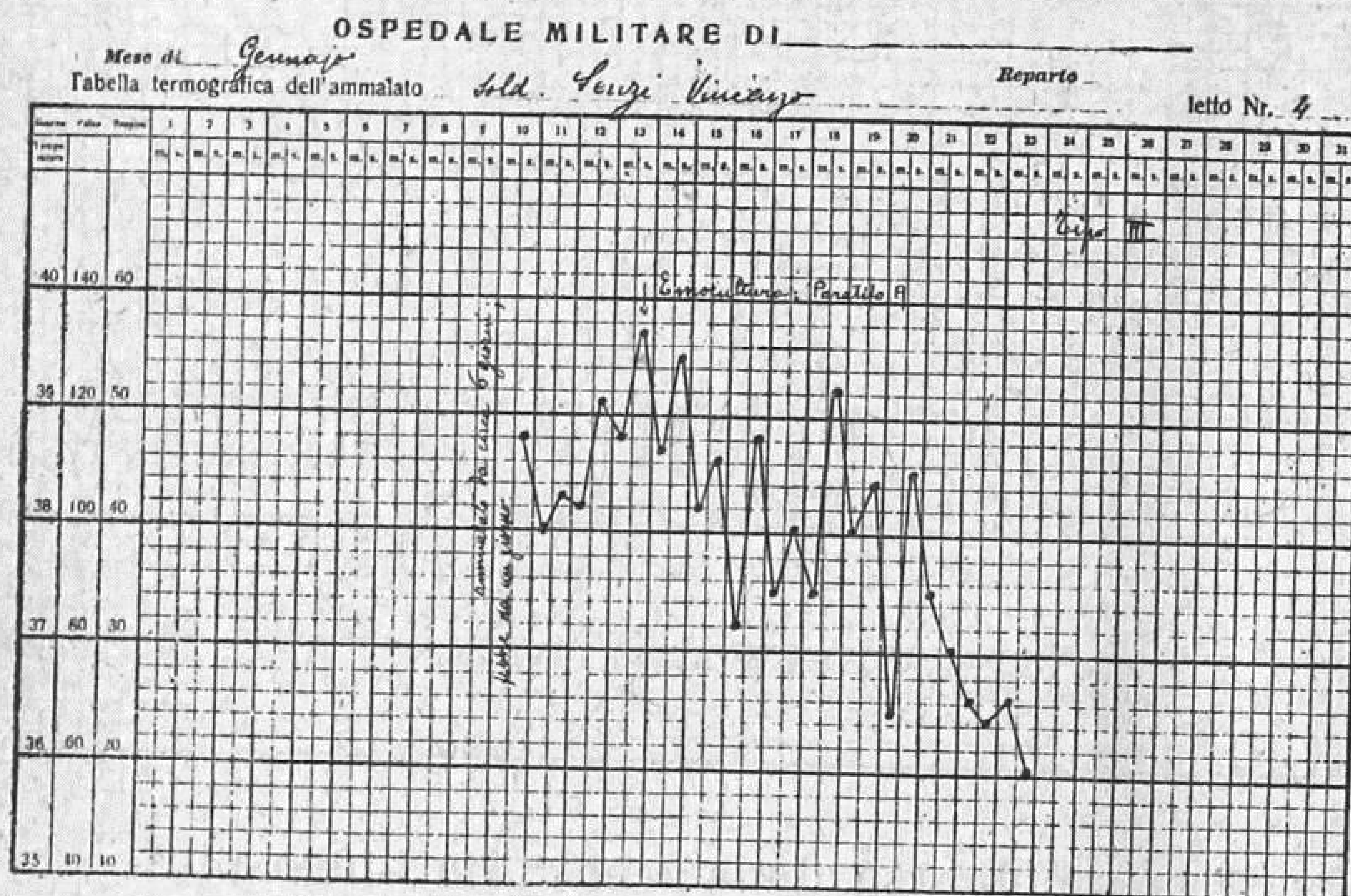


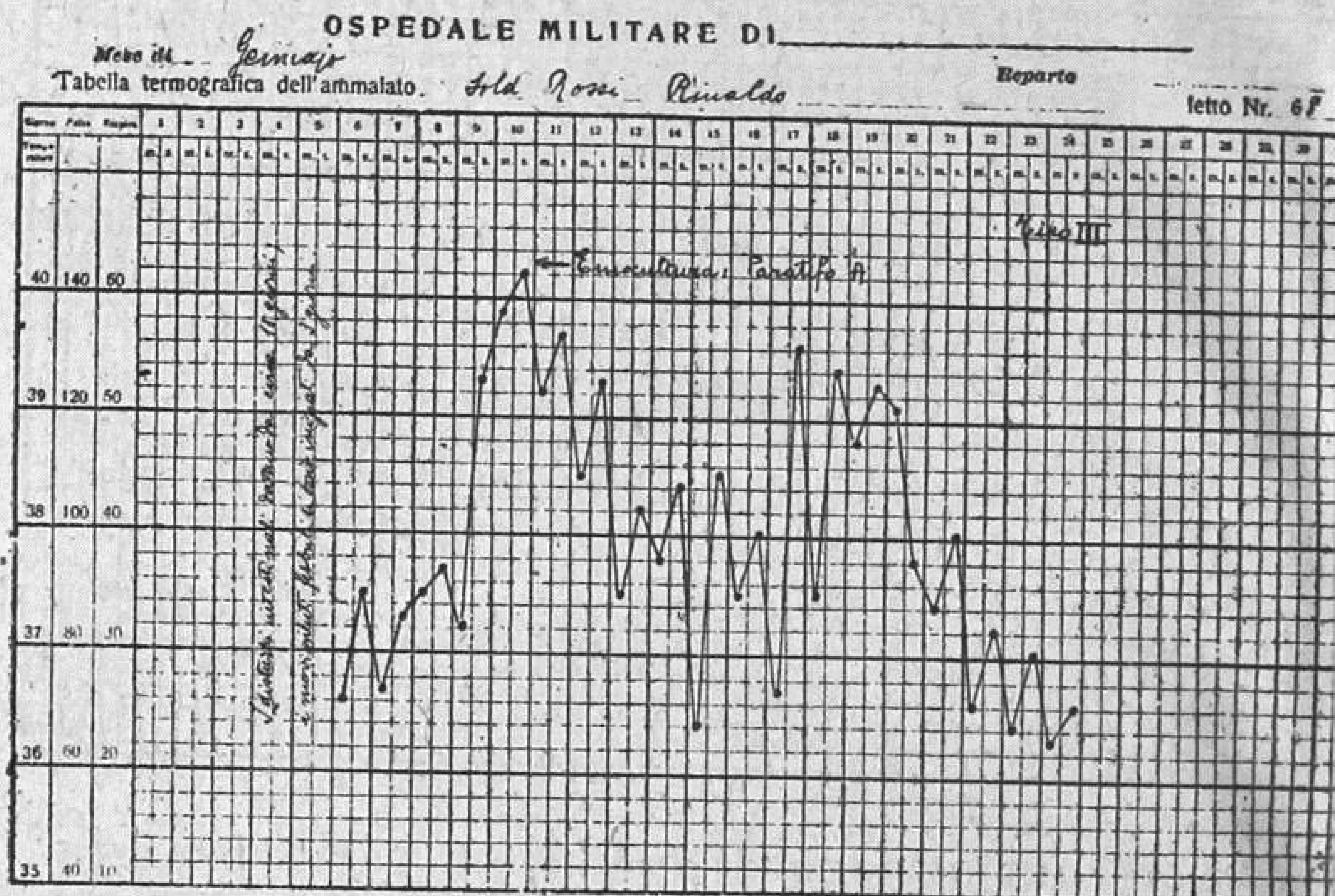
risalire in modo rilevante il giorno seguente. Malgrado le irregolarità, il decorso appare diviso in due periodi: il primo di invasione fino a raggiungere in breve tempo la temperatura massima della malattia; il secondo, peratura massima della malattia; il secondo che segue senza periodo di stato, più lungo nel quale la febbre va estinguendosi coll'andamento irregolare sopraccennato. Il terzo tipo fu osservato nel 20 % dei casi.

IV. Della durata di due settimane o poco più, a decorso irregolare, con modiche ele-

vazioni termiche ed oscillazioni giornaliere piuttosto ampie (febbricola di Rummo); fu osservato nel 10% dei casi.

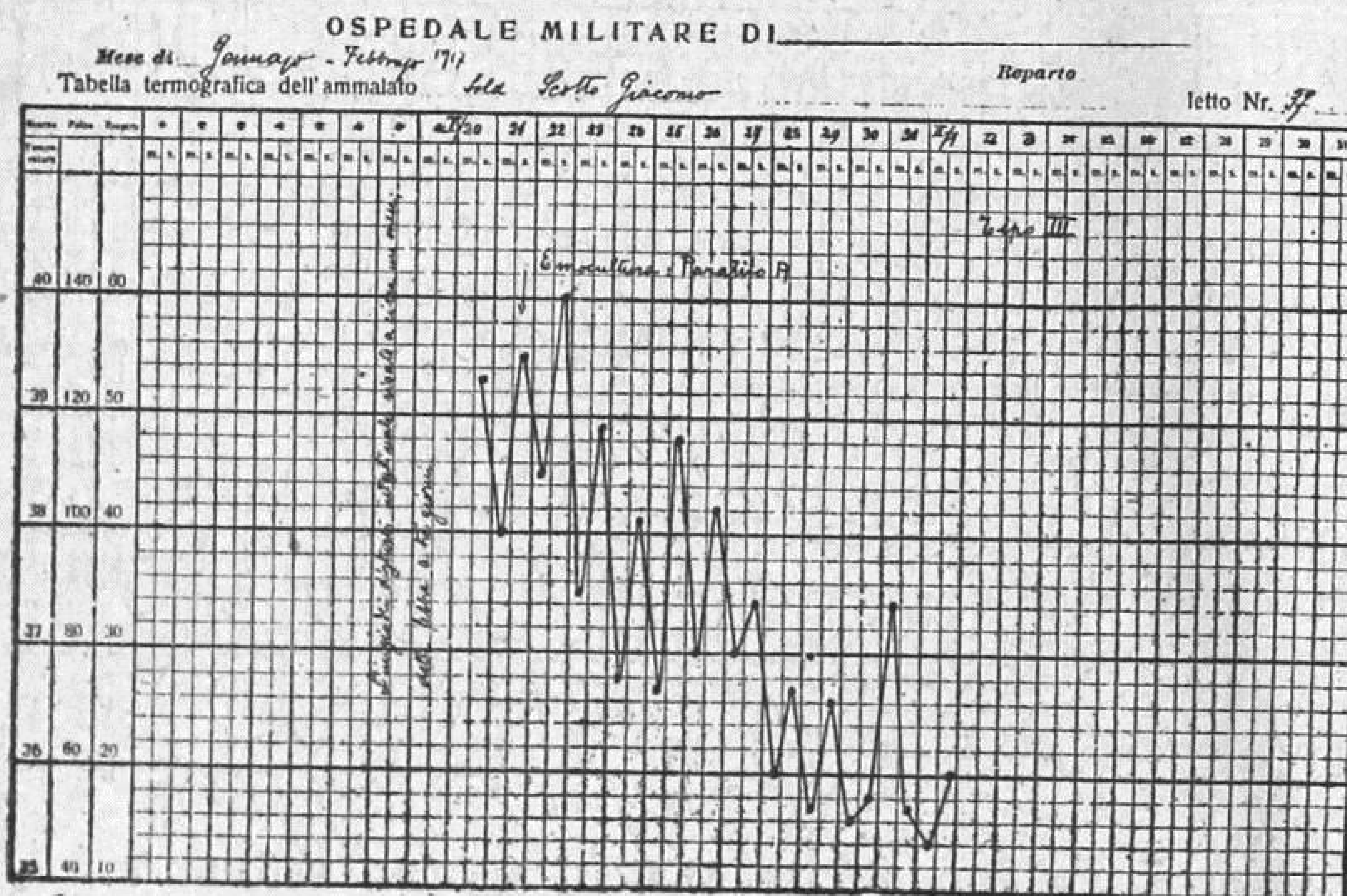
I tipi febbrili dei quattro gruppi costituiscono insieme l'85% dei casi. Nel rimanente 15% si ebbero o curve termiche che per nulla si distinguevano da quella classica del tifo o di curve molto irregolari e non classificabili, sulle quali non mi dilungo non presentando un particolare interesse all'infuori di quello statistico. I quattro tipi febbrili descritti conservano nell'insieme la caratteristica della remissione giornaliera piuttosto

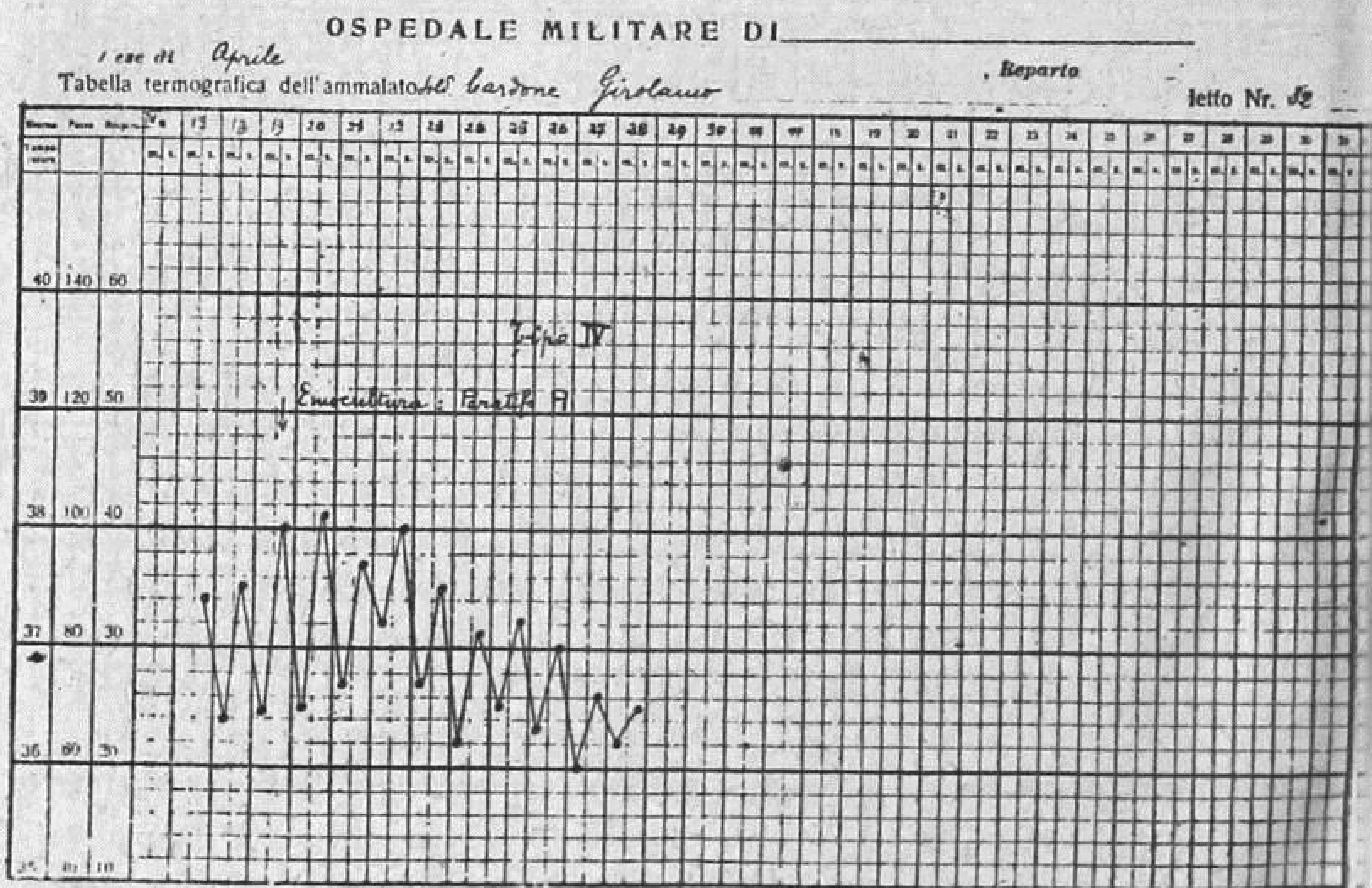




profonda che si manifesta molto precocemente; manca l'andamento continuo del periodo di stato e a questo si sostituisce spesso un decorso che ricorda quello anfibolo del tifo protratto. Essi perciò si accostano al decorso termico del tifo infantile.

Tenuto conto del periodo di malattia trascorsa prima dell'entrata in Ospedale, quale risultava dall'anamnesi, i casi di Paratifo A osservati presentarono un decorso di varia durata: alcuni di due settimane e talora anche





più brevi (35%); altri più numerosi di tre settimane (50%); pochi quelli di quattro (15%). Questi dati si riferiscono naturalmente ai casi di malattia a decorso regolare e non complicato. Ma oltre ad essi si ebbero a osservare sette casi di Paratifo A a più lungo decorso, quattro dei quali furono seguìti da morte per complicazioni bronco-polmonari. Negli altri tre la maggiore durata della malattia era piuttosto da ascrivere ad un ritardo nella reintegrazione funzionale specialmente dell'apparato digerente. A parte questi sette casi, si può dire del complesso di tutti gli altri che solo in un certo numero di ammalati la febbre raggiunse temperature molto elevate e queste si limitarono ai primi giorni di malattia e per breve periodo della giornata. Mancando sintomi soggettivi e oggettivi di gravità, lo stato generale dei pazienti non fu per lo più allarmante. Il sensorio si conservava integro; qualche paziente potè presentare solo un'astenia anche spiccata, una certa fissità stuporosa del viso, ma ben di rado si ebbe uno stato tifoso paragonabile a quello dell'infezione eberthiana. Gli ammalati non subirono in generale un dimagrimento notevole, nè grave decadimento del trofismo tanto che una sola volta si ebbero piaghe da decubito. Alcuni presentarono un modico grado di oligoemia; nella convalescenza residuò in qualche caso lieve oligoemia, più spesso uno stato di astenia più o meno pronunziata, talora forse in parte provocata da una terapia alimentare troppo minorativa durante la malattia.

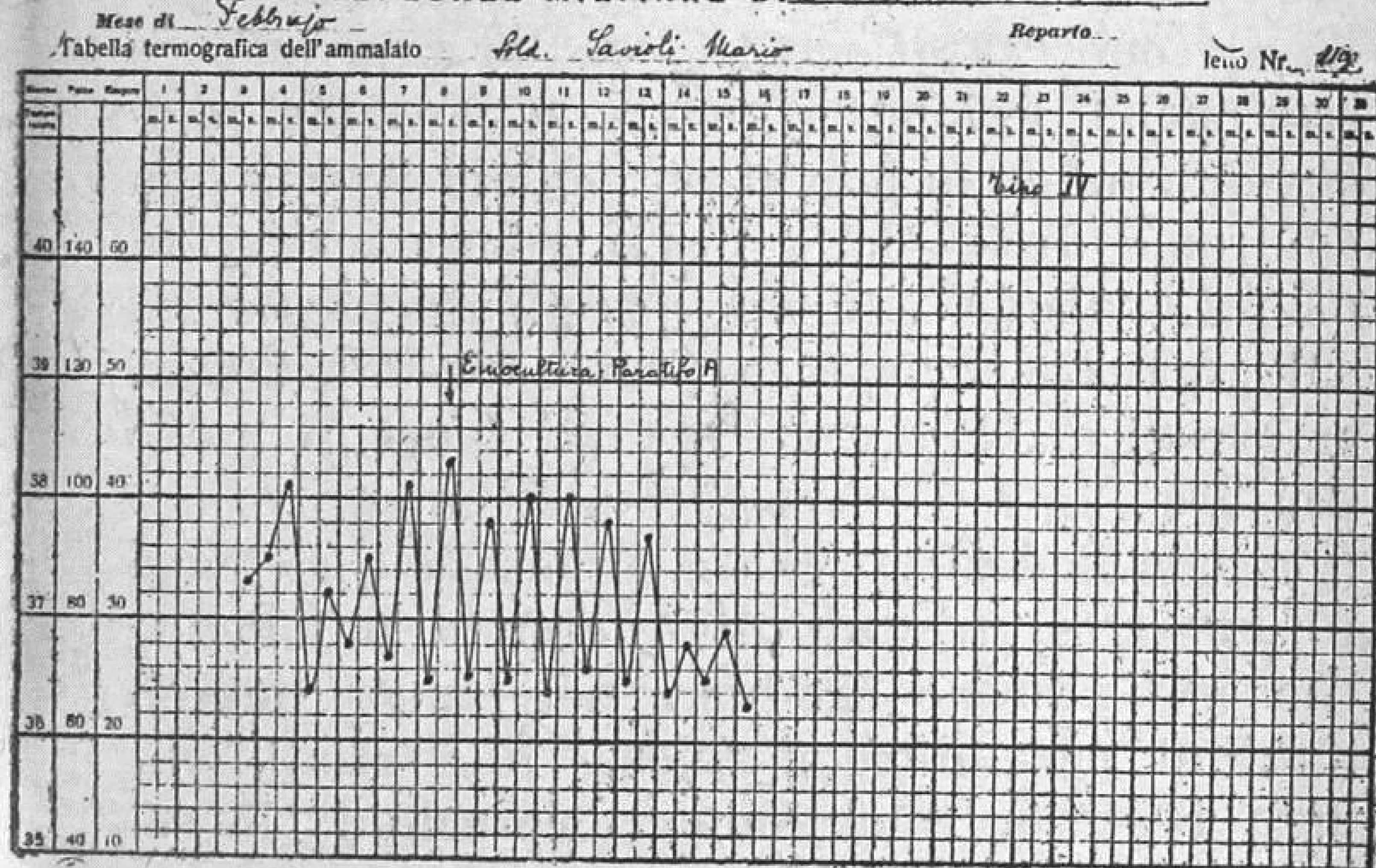
PARATIFO B A SINDROME TIFOIDE.

Mi limito a brevissimi cenni per non uscire dai limiti che mi sono posto. Del resto i dati riferiti riguardo all'infezione da Paratifo A possono valere nelle linee generali anche per l'infezione da Paratifo B, quando abbia un decorso breve e benigno. Però, a giudicare da quello che ebbi occasione di osservare, il Paratifo B di frequente sembra dimostrarsi più aggressivo o per lo meno dotato di più spiccato potere pa-

togeno verso l'organismo umano, come pare provato dallo stato generale del paziente, dall'intensità dei sintomi presentati, dalla gravità nell'insieme del decorso, dalla durata della malattia, dalle complicazioni, da una più elevata mortalità. Basti dire che tra gli ammalati di Paratifo B con maggiore frequenza si ebbe enterorragia e che potei osservare quattro casi di morte seguiti a peritonite da perforazione; due volte la perforazione ebbe luogo nell'ileo, due volte nel cieco. In tutti e quattro i casi l'accertamento eseguito in vita per mezzo dell'emocultura, fu poi controllato mediante culture dalla milza.

CONSIDERAZIONI GENERALI SULLE INFEZIONI PARATIFICHE.

Il decorso, le manifestazioni, gli aspetti clinici dell'infezione paratifica presentano indubbiamente una grande somiglianza con quelli dell'infezione tifica e la somiglianza è talora tale che un differenziamento clinico riesce del tutto impossibile.

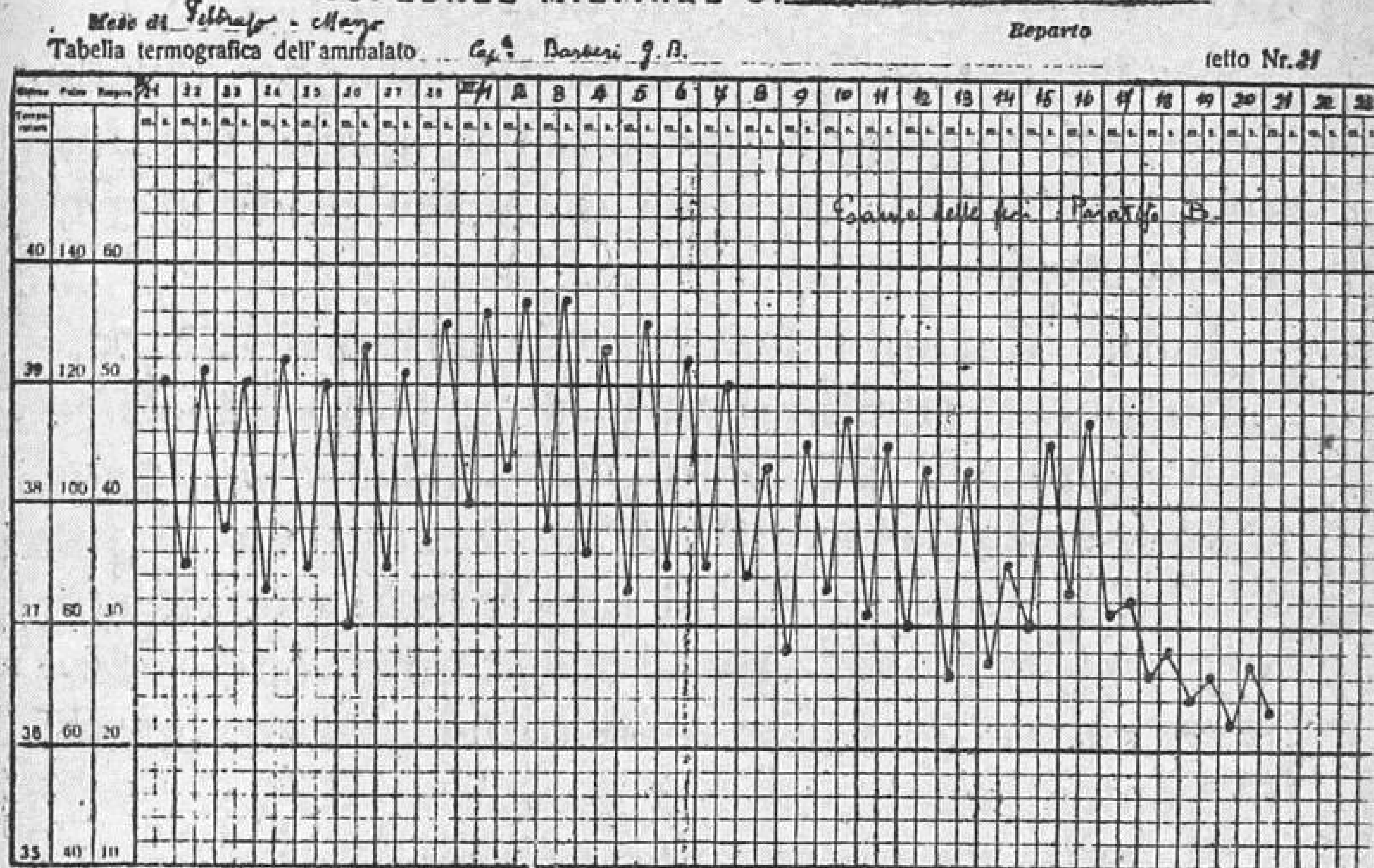


La stretta affinità che si dimostra esistere tra il bacillo del tifo e i paratifici per il comportamento e i caratteri batteriologici e sierologici, appare anche più spiccata nelle manifestazioni morbose che i germi sono capaci di provocare. La possibilità di differenziarli esattamente mediante mezzi fini di indagine di laboratorio, non trova riscontro nella clinica, dove la considerazione e il raffronto dei fenomeni osservabili nelle varie forme non riescono a mettere in rilievo differenze sufficienti a definire quadri morbosi caratteristici. Solo in qualche caso l'aspetto del materiale di dejezione e il decorso febbrile potranno forse consentire un orientamento differenziale, che potrà assumere particolare significato quando sia sorretto dal criterio epidemiologico.

I risultati riferiti derivano dall'osservazione dei casi di paratifo, le cui manifestazioni rientrano nel quadro generico dell'infezione tifoide. Queste non costituiscono però che una parte delle manifestazioni morbose che i b. paratifici sono capaci di provocare.

Già le infezioni a decorso tifoide sembrerebbero consentire delle distinzioni: accanto alle forme che decorrono in modo del tutto simile a quello del tifo addominale e nelle quali si conserva la corrispondenza della sindrome clinica coll'evoluzione della lesione anatomica intestinale classica, si sono osservate con notevole frequenza (20 %) forme distinte da una durata breve, cioè di due settimane circa, da una moderata sintomatologia generale, dalla mancanza di ogni carattere, anche transitorio, di gravità e di segni di localizzazione, decorrendo essi con stipsi.

Poichè secondo la dottrina generalmente ammessa, i germi penetrati per la via del tubo digerente, invadono l'organismo dopo essersi localizzati e moltiplicati nell'apparato linfatico dell'intestino, la lesione verificatasi



in questa sede deve essersi limitata in quei casi allo stato di infiltramento di placche o di follicoli, per risolversi quindi rapidamente; infatti il periodo della tumefazione midollare corrisponde in condizioni ordinarie ai primi 10-12 giorni di malattia. In simili casi a decorso lievissimo il quadro di malattia si riduce a quello di una lieve batteriemia.

Oltre a questi altri si sono presentati del tutto analoghi e che si differenziavano solamente per l'esistenza del sintomo diarrea e nei quali il materiale di dejezione si caratterizzava per la particolare ricchezza di muco. Sembrerebbe perciò che anche qui la lesione linfatica si sia manifestata in proporzione moderata, arrestandosi prima di provocare la necrosi dei tessuti e che sia prevalsa una flogosi diffusa della mucosa intestinale, probabilmente più intensa nel colon.

Una forma paratifica nettamente differenziata è quella a localizzazione angiocolitica (Frugoni). I sintomi di lesione locale pren-

dono un rilievo così spiccato da segnare con un'impronta caratteristica la sindrome infettiva; e ciò anche se la localizzazione si manifesta con segni evidenti solo in un periodo relativamente tardivo rispetto a quello di malattia febbrile. Ho potuto osservare tre varietà di infezione paratifica con ittero:

1) L'infezione presenta un decorso tifoideo e in un qualsiasi momento della malattia può manifestarsi la localizzazione angiocolitica e l'ittero;

2) L'infezione decorre in forma lievisima, di breve durata e l'ittero appare dopo quattro, cinque giorni di apiressia;

3) L'ittero si manifesta sino dall'inizio; i sintomi di lesione angiocolitica dominano in tutta la malattia, essendo i fenomeni di reazione generale molto lievi; tanto che salvo nei primi due, tre giorni, nei quali possono aversi movimenti febbrili di varia intensità, la malattia decorre con apiressia.

I casi del primo e secondo gruppo furono accertati mediante emocultura, quelli del terzo per mezzo dell'esame delle feci e della sierodiagnosi.

Infine durante le osservazioni mi sono dovuto porre ripetutamente il quesito se esista una forma di infezione paratifica a sindrome dissenterica; cioè di infezione data da b. paratifici A o B, in cui si determina una lesione necrosante, ulcerativa prevalente od esclusiva del colon e che si manifesta con sintomi dissenteriformi.

È stato ripetutamente osservato che la dissenteria si presenta in rapporto di tempo e luogo colle infezioni tifoidi, e questa contemporaneità di forme morbose ho potuto constatare prima in zona di guerra, poi in Tripolitania. Frequentemente gli ammalati, che ebbi occasione di esaminare, riferivano che prima dell'inizio del periodo acuto febbrile di malattia avevano per qualche giorno avuto dejezioni muco-emorragiche; che le evacuazioni si ripetevano con frequenza non eccessiva (5-7 volte al giorno) e si accompagnavano con dolori addominali, scarso tenesmo, modiche elevazioni termiche. Avevo inoltre potuto seguire fino dall'inizio qualche caso di malattia, in cui durante la prima settimana il materiale di dejezione era costituito da muco e sangue e successivamente i caratteri dissenteriformi si facevano meno evidenti, perchè il materiale diveniva più liquido e, pure mantenendosi ricco di muco, perdeva l'aspetto emorragico.

Da ciò non è evidentemente lecito di trarre conseguenze perchè la coincidenza di luogo e di tempo della dissenteria colle infezioni tifoidi non può sorprendere trattandosi di infezioni che giungono all'uomo da una medesima sorgente e penetrano nell'organismo per la stessa via; perchè d'altra parte si è spesso constatato un periodo dissenteriforme non solo all'inizio dei paratifi, ma anche all'inizio di enteriti banali, a decorso apiretico, talora a distribuzione epidemica e che non poterono essere ricondotte ad una esatta eziologia parassitaria nota; perchè infine un'infezione paratifica può tanto più facilmente sovrapporsi ad una preesistente lesione intestinale di natura dissenterica, oppure svolgersi contemporaneamente ad essa. Le conseguenze potrebbero quindi avere valore tutto al più come indirizzo di ricerca, qualora altri fatti ed altre considerazioni non concorrano a rendere verosimile la possibilità di una dissenteria paratifica.

Ora, se si considera che in una sindrome dissenterica i sintomi di localizzazione morbosa sono caratteristici dell'organo che è sede della lesione e per nulla specifici dell'agente infettivo non si può escludere che una sindrome dissenterica possa essere provocata da un qualsiasi stimolo infiammatorio portato sul crasso, sufficiente a provocare una flogosi emorragica. Non parrà quindi fuori di luogo pensare che i b. paratifici possono provocare una tale flogosi, poichè è ammesso e si legge in numerosi trattati di Anatomia patologica che essi possono produrre nel crasso infiammazioni pseudo-membranose, alle quali, caduta l'escara, conseguono ulcerazioni. E secondo alcuni Autori le ulcerazioni coliche rappresentano una lesione così frequente da essere considerata abbastanza caratteristica dell'infezione paratifica. Se dovessi a questo proposito riferirmi ai risultati degli esami necroscopici eseguiti sul cadavere di deceduti per l'infezione paratifica o durante l'infezione per complicazioni sopravvenute, dovrei senz'altro confermare la frequenza della lesione colica. Questa fu riscontrata su cinque deceduti durante l'infezione da Paratifo A cinque volte; tre volte le ulcerazioni interessavano esclusivamente il colon, due volte in modo prevalente coesistendo scarse (4-5) ulcere nell'ileo. Le ulcerazioni, varie di ampiezza, a margini appena rilevati e scollati interessavano più specialmente la mucosa del cieco, dove apparivano in qualche punto confluenti e si facevano sempre meno numerose e più piccole nella porzione ascendente e trasversa del colon, che in un solo caso era oltrepassata. I follicoli solitari erano costantemente tumefatti, alcuni trasformati in piccoli ascessi; la mucosa del crasso e del tenue erano

diffusamente congeste e edematose e, più specialmente nel crasso, ricoperta da uno strato spesso di muco, talora striato di sangue. Risultati del tutto analoghi ottenni dall'esame del cadavere di ammalati deceduti durante o per infezione da Paratifo B, salvo che in questi la localizzazione colica è apparsa meno frequente ed esclusiva.

Tra i casi di infezione, nei quali erano presenti sintomi dissenterici e pei quali l'accertamento batteriologico indirizzava verso l'eziologia paratifica, dovrei distinguere due varietà. La prima è rappresentata da infezioni tifoidi che si differenziano dalle ordinarie per i caratteri dissenteriformi del materiale di dejezione. Il decorso, in taluni casi fino dall'inizio nettamente tifoide, l'andamento febbrile, lo stato generale del paziente che non corrispondeva a quello di un grave intossicato, la relativa scarsità delle evacuazioni (5-8 al giorno), la mancanza di intensi dolori addominali e di un tenesmo esagerato si lascerebbero male interpretare supponendo l'esistenza contemporanea di due infezioni, le quali dovrebbero influirsi reciprocamente ed esaltarsi risultando quindi una esagerazione di sintomi ed una maggiore gravità di malattia. I casi di questa varietà furono accertati mediante emocultura che diede luogo allo sviluppo di b. paratifici, mentre le altre ricerche d'accertamento relative ai b. dissenterici (culturali dalle feci e sierodiagnostiche) rimasero negative. Due ammalati (paratifo B) vennero a morte e l'esame necroscopico (di cui ho già fatto menzione a proposito della perforazione) dimostrò l'esistenza di vaste ulcerazioni che si estendevano dalla valvola ileocecale a tutto il tratto colico ascendente. In seguito alla perforazione il cieco si era ampiamente necrosato.

La seconda varietà è costituita da un'infezione a decorso lieve, con scarsa sintomatologia generale, in cui prevalgono i segni di lesione locale rappresentati da tenesmo e da dolori colici accessuali moderati, da evacuazioni intestinali non molto numerose di materiale muco-purulento emorragico. I risultati delle ricerche eseguite relativamente alla seconda varietà sono modesti, pure non privi di significato in quanto servano ad indicare una possibilità, che abbisogna tuttavia di conferma. Eseguendo l'esame per l'accertamento eziologico di alcuni casi di dissenteria due volte ho potuto isolare dalle feccie il b. Paratifo B e altre tre volte la sierodiagnosi di Vidal riuscì positiva per lo stesso germe fino al titolo 1:400 in soggetti non vaccinati da oltre un anno. In tutti e cinque i casi le prove (culturali e sierodiagnostiche) relativamente ai b. dissenterogeni (b. di Celli-Shiga-Kruese e b. di Flexner) ebbero esito ripetutamente negativo. In altri casi potei isolare germi non agglutinabili con sieri immuni antiparatifici, ma agglutinabili col siero dell'ammalato, che prove sommarie di orientamento portavano a classificare per le proprietà morfologiche culturali, tintoriali e fermentative nel gruppo dei b. paratifici. Ma su questi risultati debbo limitarmi ad un cenno così ristretto perchè necessità più urgenti di lavoro mi costrinsero a lasciare completamente lo studio dei casi di dissenteria.

Il reperto di b. paratifici nelle dejezioni di dissenterici è noto da lungo tempo anche prima della guerra per quanto si riferisse a casi isolati.

Risulta frattanto dalle pubblicazioni apparse in Italia durante la guerra — mi limito alla sola letteratura medica italiana e a quella che ho potuto consultare — che il Gasbarrini riconduce al paratifo A la causa di diarree dissenteriformi studiate in zona di guerra; che il Monti ha ritrovato di frequente il b. paratifo A nelle feci di militari affetti da dissenteria; che Zirone e Capone, studiando l'ittero infettivo castrense, isolarono germi paratifici (il B e più spesso ceppi paratifici anomali) specialmente dalle feci di ammalati di ittero a forma dissenterica.

Sarebbe difficile e azzardato di affermare che questi reperti sono sufficienti a dimostrare in modo ineccepibile l'esistenza del nesso eziologico; tuttavia mi sembra ancora più difficile il negare che essi stiano a indicare una possibilità probabile, possibilità da accettarsi in via provvisoria, affinchè segni, nello studio di eventuali epidemie e nell'accertamento di casi sporadici un indirizzo di ricerca da tentarsi tanto verso i ceppi paratifici A e B, quanto verso il C e gli altri meno completamente individuati nelle loro proprietà culturali, fermentative e sierologiche.

Infine alle forme morbose sopraccennate, quali ho avuto occasione di osservare, si deve aggiungere ancora quella gastroenteritica acutissima, da ascriversi al b. paratifo B e che non mi risulta fino ad ora descritta per il b. paratifo A.

RIASSUMENDO.

Nei casi osservati il paratifo A ha avuto un decorso piuttosto benigno, scevro da complicazioni a carico dell'intestino, mortale solo per complicazioni a carico dell'apparato respiratorio. Per l'aspetto delle dejezioni e per il decorso termico ha presentato delle carat-

teristiche degne di rilievo, sebbene non sufficienti a permettere una diagnosi differenziale clinica colle altre infezioni tifoidi. I dati clinici hanno spesso indotto ad ammettere una lesione colica, la cui esistenza è stata confermata da esami necroscopici. Non si verificarono nel paratifo A perforazioni intestinali, una sola volta enterorragia.

L'infezione da paratifo B si è dimostrata più grave di quella da paratifo A; tra l'altro fu più di frequente osservata enterorragia e quattro volte perforazione.

Trascurando le complicazioni rare, ma possibili — come quella flebitica, l'osteomielitica, la pericondritica, ecc. — le infezioni paratifiche hanno dimostrato una certa varietà di forme morbose, le quali non si presentano come caso isolato, ma epidemicamente; è dubbio infine se tra le forme cliniche delle infezioni paratifiche debba annoverarsi anche quella dissenterica.

BIBLIOGRAFIA.

Poichè lo scopo di queste note è solo quello di portare un contributo di osservazione, ho ristretto al minimo le citazioni bibliografiche. Una bibliografia esauriente si ritrova nelle pubblicazioni di Lunghetti e di Galdi.

LUNGHETTI. *Sul reperto anatomo-patologico delle infezioni paratifiche.* Policlinico, 1916.

GASBARRINI. *Sull'eziologia di alcune diarree dissenteriformi fra le truppe combattenti.* Policlinico, 1917.

MONTI. *Appunti sulle varie specie di dissenterie osservate in militari.* Boll. Soc. Med.-Chir., Pavia, 1917.

ZIRONI e CAPONE. *Sull'eziologia dell'ittero infettivo castrense.* Sperimentale, 1918.

GALEOTTI. *Sulla frequenza del Paratifo e sulla molteplicità dei tipi batterici che lo producono.* Riforma medica, 1916.

FRUGONI e CANNATA. *Ittero epidemico al campo da b. Paratifo B.* Sperimentale, 1916.

GALDI. *Contributo alla clinica del Paratifo A.* Folia medica, 1918.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Riguardo al significato della poliglobulia.

Dott. P. F. ZUCCÒLA, primario e docente.

Nella seduta della R. Accademia Medica di Roma tenutasi il 28 novembre del decorso anno, il prof. Arcangeli ha giustamente rivendicato a sè, alla Scuola italiana in genere, la priorità di alcune ricerche sulla genesi e sulla funzione vicaria della poliglobulia periferica, nei confronti di risultati di recenti ricerche cliniche e sperimentali fatte nell'Istituto Rockefeller.

Era a noi difatti già noto — e sono omai oltre vent'anni — che nei vizi cardiaci in scompenso, in genere ogniqualvolta, sia per un meccanismo che tende a dilatare come per uno che tende a restringere il letto circolatorio, venga alterata la velocità della corrente sanguigna in un distretto circolatorio, risultano in esso aumentate le parti solide del sangue, maggiormente nel primo, meno nel secondo. La legge in tal modo formulata ha un fondamento così chiaro nelle leggi fisiche che governano il decorso delle acque dei fiumi ed i materiali solidi da essi trascinati, che non ha bisogno di commenti. Questo naturalmente in linea generale, salvo le modificazioni del sistema nervoso tanto per gli stimoli periferici, quanto centrali, quanto per le influenze notevolissime che debbono esercitare sulla costituzione del sangue le correnti liquide attraverso le pareti dei vasi.

Giustamente l'Arcangeli nella sua breve dissertazione fa notare che la stasi capillare non è l'effetto di un aumento di pressione nelle grandi vene, ma di un aumento della quantità relativa ed assoluta del sangue nella grande circolazione, della poliglobulia ed anche più della dilatazione attiva dei vasi cutanei di origine vasomotoria.

Ricorderò a questo proposito come fin dal 1902, partendo dalla legge fisica che « se un liquido scorre entro tubi rigidi od elastici, a parità di condizioni, la velocità di esso è in rapporto diretto colla pressione », avevo potuto dimostrare che ogniqualvolta la pressione del sangue diminuisce — qualsiasi ne fosse il motivo — il contenuto globulare del sangue tende ad aumentare, e questo fatto si verifica costantemente sia per meccanismi fisio-patologici che per artifizii medicamentosi e fisici. (R. Acc. Med. di Torino, 11 aprile 1902).

Ora, se al principio fisico citato, alla parola pressione si sostituisce quella di velocità, appare dimostrata la teoria enunciata e spiegati i fenomeni di poliglobulia dei vizi di cuore con-

geniti ed acquisti, delle stasi artificiali, dell'asfissia, quella consecutiva alla legatura dei grossi tronchi arteriosi, quella della pneumonite, degli emiplegici o consecutiva a pratiche idroterapiche, quella dell'alta montagna, ecc. Se non che il fenomeno oltre essere esponente di una diminuita pressione, di una diminuita velocità della massa sanguigna, è pure manifestazione di un tentativo di funzione vicariante: la dilatazione dei vasi cutanei, la poliglobulia, la pletora, favoriscono gli scambi gassosi e particolarmente la respirazione cutanea, che notevolmente aumentata, tende a compensare l'insufficienza di quella polmonare (Arcangeli).

Relativamente a questa ipotesi io devo rifarmi al alcune ricerche cliniche e sperimentali rese note or è un ventennio circa (*La Clinica Medica*, 1904) nelle quali appunto mi ero proposto di ricercare se lo spostamento periferico dei globuli rossi dovesse per avventura considerarsi quale un compenso respiratorio fisiologico, se cioè esso avesse la facoltà di aumentare la perspirazione cutanea dell'anidride carbonica compensando così la ridotta superficie respiratoria del polmone.

A tale scopo avevo dosato la quantità di acido carbonico emessa dalla superficie cutanea di un arto in condizioni normali e quando questo era reso intensamente iperglobulico, cianotico, senza con ciò ostacolare del tutto il circolo venoso. Concordemente in tutte le esperienze avevo ottenuto un aumento della CO^2 eliminata in un'ora: da gr. 0.007-0.045-0.083-0.026 a gr. 0.097-0.068-0.103-0.075.

A maggior conferma di ciò avevo ancora fatto esperienze su animali resi iperglobulici sia stenosando la trachea, sia legando loro i grossi tronchi arteriosi: mediante un dispositivo speciale studiando l'aria perspirata dalla cute indipendentemente da quella eliminata per la via polmonare. Con queste esperienze avevo potuto dimostrare che nei casi di asfissia per stenosi tracheale in un primo tempo si ha una diminuzione della CO^2 eliminata, ma in un secondo, con lo stabilirsi della iperglobulia periferica, un aumento.

Citerò qualche valore. Un coniglio in condizioni normali ed all'ora elimina per via cutanea gr. 0.0204; praticata la stenosi e ad iperglobulia istituita un valore medio di gr. 0.0294 di CO^2. Un secondo che in condizioni normali elimini gr. 0.0216 di CO^2 reso iperglobulico ne elimina in media gr. 0.0288.

Non altrimenti nei casi in cui la poliglobulia era determinata da legature dei grossi tronchi arteriosi: i valori rappresentanti la CO^2 eliminata per la cute aumentarono da valori di gr. 0,0186-0.0238 a gr. 0.0238-0.0317.

Dal complesso delle quali ricerche risulterebbe in modo indubbio che negli stati iperglobulici la perspirazione della CO^2 è più attiva della norma, per cui il sangue stagnante alla periferia rappresenterebbe un tentativo di funzione respiratoria vicaria.

Come conclusione di quanto ho brevemente esposto si deve dedurre che i fatti di recente resi noti dagli AA. americani sono cosa di cui siamo edotti già da parecchi lustri; ma a parte la considerazione sulla nessuna conoscenza che essi dimostrano di avere dei nostri lavori, il compiacimento che se ne può in ogni modo trarre si è che essi abbiano avuto ancora una nuova, per quanto inconsapevole, conferma.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

OSPEDALE SAINT-MICHEL DI PARIGI.
SERVIZIO CHIRURGICO DEL PROF. PAUCHET.

Cancro - Cura chirurgica - Radioterapia

pel dott. SILVANO MENGHETTI
dell'Istituto di Patologia e Clinica Chirurgica
di Perugia.

Queste note essenzialmente pratiche e quasi sotto forma di rivista sintetica, sono in parte tratte dallo studio di casi seguiti nell'ospedale Saint-Michel e di altri casi della statistica di chirurgia addominale del prof. Pauchet nelle case di cura di Parigi e di Amiens.

Il cancro è la causa più terribile di morte precoce. Una donna su undici, un uomo su tredici, muoiono di questa malattia, e tale proporzione è sopratutto notevole dai 40 ai 60 anni quando, cioè, l'uomo è più utile e più produttivo. Come si sa, il cancro si sviluppa a preferenza su tessuti infiammati o irritati; l'epitelioma della lingua s'impianta sopra una lesione provocata dal tabacco o dall'uso di dentiera. Quello dello stomaco si sviluppa sopra un'ulcera antica. Spesso, quando un cancro ha una frequenza maggiore in una certa categoria di individui, esso è dovuto ad una causa precisa ed unica, che può anche essere una cattiva abitudine collettiva.

Il fatto di curare i denti sopprime la più grande parte di cancri del mascellare impiantati sopra gengive ulcerate o suppuranti. Il cancro della lingua o delle labbra, si sviluppa nei sifilitici e nei fumatori. Mayo scrive: « Le donne che portano il petto scoperto e il collo libero, sono meno colpite dal cancro della mammella, di quelle che nascondono il loro seno con indumenti i quali sottraggono i tessuti all'azione vitale dei raggi solari. Il 30 % dei cancri nell'uomo, il 20 % dei cancri della donna hanno sede nello stomaco. Il cancro

gastrico è il più spesso dovuto a un'ulcera, e l'ulcera è frequentemente causata dall'ingestione di bevande troppo calde ».

La chirurgia è spesso impotente contro il neoplasma dello stomaco, perchè la maggior parte dei cancerosi gastrici arrivano al chirurgo troppo tardi. « Un certo numero di quelli che io opero (Pauchet) sono dei casi-limite. Io li opero lo stesso per dare la sola *chance* di sopravvivere che resta loro ».

Secondo le statistiche dell'Ospedale Saint-Michel e della Clinica di rue de Turin, la mortalità nelle resezioni di cancro gastrico mobile e recente, è bassa: 5 %. Le resezioni estese danno anche guarigioni, ma il rischio operatorio è più considerevole. Sembra paradossale dire che più un chirurgo è abile, più la sua esperienza è grande, tanto più è elevata la mortalità operatoria dei cancri gastrici e più bassa è la percentuale delle guarigioni definitive. Ciò dipende dal fatto che questo chirurgo opera casi sempre più gravi e che allarga sempre di più i limiti dell'operabilità. Perciò le statistiche prese in massa non significano gran cosa.

Mayo scrive: « Nell'epoca in cui io operavo, soltanto il 25 % dei malati che avevano un cancro del grosso intestino o del retto, la mortalità era dell'8 % e la sopravivenza di questi operati era del 13 % dopo cinque anni ». Per conseguenza in quel periodo solo il 13 % dei malati erano realmente guariti dopo 5 anni. Il 75 % venivano considerati come inoperabili al momento dell'esame e rinviati a casa loro destinati fatalmente alla morte. Gradualmente la percentuale dei malati operabili si è accresciuta; senza dubbio la mortalità operatoria ha toccato il 12 % invece dell'8 %, ma anche dal 13 % di guarigioni lontane, si è giunti al 27 % di malati che sono ancora viventi dopo cinque anni.

Dunque, tutto sommato, i successi attuali sono due volte migliori in rapporto ai progressi della tecnica operatoria, quantunque le statistiche immediate e lontane dei casi operati possano sembrare meno buoni.

La *tecnica operatoria* ha una parte importante nella guarigione radicale del cancro. Le manovre brutali del chirurgo mobilizzano cellule neoplastiche che s'impiantano sopra le superfici denudate della mucosa o della sierosa intestinale. Una percentuale considerevole di adeno-carcinomi dell'ovaio è dovuta alla proliferazione di cellule che si sono staccate da un cancro di stomaco; queste cellule hanno attecchito sopra la piccola ferita fisiologica dovuta all'ovulazione. Il decorso rapido della neoplasia dell'ovaio può mascherare la malattia di stomaco primitiva. La metastasi è dovuta qui all'azione della gravità che attira le cellule verso il Douglas; queste cellule si impiantano sull'ovaio o sulle frange epiploiche. Tale trapianto pelvico si rivela sotto forma di noccioli apprezzabili con l'esplorazione rettale. Così si stabilisce, esaminando il bacino, la diagnosi di metastasi carcinomatosa inoperabile anche prima che il focolaio primitivo stomacale sia conosciuto. Nei casi antichi d'isterectomia vaginale per cancro, la recidiva era frequente perchè le pinze di Museux inoculavano i tessuti sani. Recidive locali si producevano anche nella vagina a piccola distanza della ferita operatoria, probabilmente sulle screpolature vaginali dovute all'azione traumatica delle valve. L'incisione della vagina al termo-cauterio diminuisce in questi casi il rischio di inoculazione (Pauchet).

Il *cancro rettale* comincia spesso sopra una delle faccie del retto e può impiantarsi per contatto sulla faccia opposta. Nel cancro del colon, a causa dell'antiperistaltismo, le cellule cancerose possono retrocedere nella direzione del cieco. Così in seguito ad una colostomia fatta quindici giorni prima dell'asportazione del retto, Mayo vide un cancro svilupparsi sopra l'ano artificiale alcuni mesi dopo; le cellule cancerose erano emigrate dal basso all'alto, cioè dal retto verso il colon iliaco. Se si asporta un cancro del rene, bisogna prima legare i vasi renali per evitare la mobilizzazione di cellule neoplastiche che emigrerebbero nella corrente sanguigna attraverso le vene.

RADIO, RAGGI X, CALORE

CAUTERIZZAZIONE ELETTRO-COAGULAZIONE.

L'azione di agenti fisici allarga i limiti dell'exeresi nella cura chirurgica del cancro, prepara il campo operatorio e completa l'azione della chirurgia. L'insieme di questi metodi diminuisce la percentuale delle recidive.

La cellula normale ha tre periodi d'esistenza: la formazione, lo stato adulto e la degenerazione. Ora, la cellula neoplastica resta sempre allo stato embrionario, non raggiunge mai il tipo adulto. La cellula normale è protetta dai tessuti dell'organismo di cui essa fa parte. Il sistema nervoso, il sangue, i linfatici la difendono. Non succede così delle cellule tumorali, che sono cinque volte più vulnerabili per opera degli agenti fisici, di quello che non lo sieno le cellule adulte e sono dalla natura considerate come corpi estranei. Solo la cellula neoplastica è maligna; lo stroma connet-

tivo che la circonda è manifestazione di difesa dell'organismo. Alcune cellule maligne possono restare incluse senza proliferazione nei tessuti di un campo operatorio dal quale è stato asportato il neoplasma. In seguito poi ad un trauma, ad una affezione, le barriere del tessuto di difesa sono rotte e allora noduli neoplastici possono apparire anche dopo molti anni di una guarigione apparente.

La radioterapia uccide o lede profondamente le cellule cancerigne a una certa distanza dal campo operatorio. Essa prepara il tessuto connettivo al suo ufficio di difesa, perciò è utile prima e dopo certi interventi, come l'asportazione del cancro della mammella.

L'operatore deve approfittare della fase nella quale la cellula è « devitalisée » dai raggi X per intervenire. Non si aspetterà troppo tempo ad operare dopo l'ultima seduta radioterapica, altrimenti le cellule riprenderanno la loro attività.

Combinando la radioterapia con la chirurgia, si può accrescere l'operabilità e aumentare seriamente la percentuale delle guarigioni. Pauchet impiega il radio nel cancro di stomaco, in due maniere differenti:

a) *Tubi temporanei.* — Gastrostomia. Introduzione di due tubi metallici di solfato di radio nello stomaco a contatto delle lesioni; chiusura dello stomaco eccettuato un punto per lasciar passare i fili destinati a ritirare i tubi. Poi digiunostomia per nutrire il malato. I tubi sono ritirati due giorni più tardi.

b) *Tubi perduti.* — Laparotomia. Esplorazione; introduzione da dodici a quindici tubi di vetro capillari e corti caricati di *emanazione* nelle pareti dello stomaco, per mezzo di un trequarti e di un mandrino. Non gastrostomia, non digiunostomia. Chiusura completa dell'addome. I tubi sono abbandonati e si eliminano attraverso l'intestino, o s'incistano.

Nel *cancro del retto* inoperabile, situato in basso, il trattamento radioterapico è facile.

Nel *cancro retto sigmoide* inoperabile, fare un ano iliaco in tutta prossimità del tumore e introdurre il radio fino al contatto di questo.

Nel *cancro dell'utero* il radio dà risultati meravigliosi, fino al punto che noi (Pauchet) abbiamo riveduto malati detti inoperabili, guariti clinicamente dopo due anni dall'applicazione del radio.

L'uso del radio crea zone di cicatrice che rendono le operazioni ulteriori difficili, talvolta impossibili o inefficaci. Si deve dunque consigliare l'uso del radio solo nei casi inoperabili.

Il *calore* termo-galvano-elettro-coagulazione non esercita un'azione elettiva come il radio, sopra il cancro, ma determina nei tessuti una reazione minore di quella del radio e si rendono perciò possibili le operazioni secondarie.

L'*elettro-coagulazione* presta grandi servizi nel cancro dell'amigdala, della lingua e del collo uterino, poichè essa impedisce le inoculazioni operatorie.

Anche il genere d'*anestesia* ha contribuito a migliorare la statistica operatoria negli interventi per cancro. Il Pauchet ha abbandonato quasi del tutto l'anestesia generale con cloroformio ed etere e pratica l'anestesia regionale; paravertebrale, transacrale, presacrale, epidurale e rachianestesia alta. Solo talvolta, in malati impressionabili si ricorre all'anestesia col protossido d'azoto e ossigeno.

RICERCHE SUL CANCRO.

Malgrado l'intelligenza, la coscienza e il lavoro di scienziati eminenti, non sappiamo ancora niente di preciso sulla patogenesi del cancro e non abbiamo contro di esso nessun agente specifico che ne determini la guarigione. Alcune persone sono refrattarie al cancro, e quest'immunità naturale o acquisita spiega che alcuni operati guariscono definitivamente mentre in altri la recidiva avviene subito.

Più la funzione d'un organo è antica dal punto di vista embriologico tanto più questo organo è funzionalmente importante e tanto maggiore è la sua immunità. Prendiamo le due funzioni organiche più importanti: la digestione e la riproduzione. L'intestino tenue, il più antico segmento del tubo digestivo, raramente è affetto da neoplasia maligna; il grosso intestino, al contrario, che si forma più tardivamente, è sede frequente di cancro.

Il testicolo, organo assai antico, rispetto allo sviluppo, è raramente la sede di cancro; lo stesso succede dell'ovaio che embriologicamente è in rapporto col testicolo. Dunque, più un organo è antico nella storia embriologica, minori sono le possibilità che vi si impianti il cancro. Una volta la chirurgia non si indirizzava che a lesioni macroscopicamente e clinicamente percettibili, ora il laboratorio viene in soccorso dell'operatore; esso permette diagnosi precoci e per mezzo dell'esame microscopico dei pezzi anatomici, insegna al chirurgo quali sono i limiti dell'exeresi del tumore. Il laboratorio insegna anche all'operatore le precauzioni ch'egli deve prendere per rendere più rare le metastasi e le recidive del cancro; questo si sviluppa in ragioni infiammate e irritate, e forse si potrà, nell'avvenire prevenire il cancro, sia asportando i tessuti infiammati prima

della loro cancerizzazione, sia curandoli dal punto di vista medico.

È probabile che fra qualche anno si conoscerà l'agente patogeno del cancro e si potranno avere vaccini e sieri per combatterlo efficacemente; ma fin d'ora, l'igiene, il bistori, i raggi X, il radio, il calore, ci permettono ogni anno di guadagnare terreno sopra il cancro e di poter registrare guarigioni o recidive sempre più ritardate.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

VICTOR PAUCHET. La pratique chirurgicale illustrée, fasc. I. — Editore Doin, Parigi, 1921.
WILLIAM MAYO. Surgery, Gynecology and Obstetrics, January 1920.
PAUCHET-SOURDAT-LABAT. *Anestesie régionale,* — Editore Doin, Parigi, 1921.

QUESTIONI DEL GIORNO.

A proposito di anafilassi per la chinnia.

Antianafilassi e desensibilizzazione.

(PASTEUR, PAIGNIEZ, VALLERY RADOT. *Bull. Soc. Path. exot.*, luglio 1920).

È noto come in taluni soggetti, in seguito ad ingestione di chinina anche in piccole quantità, si nota uno stato che va sotto il nome di *idiosincrasia* al chinino; essa comprende un insieme di disturbi che vanno dal semplice ronzio alle orecchie e stordimento ad un vero stato di eccitamento psichico, alla sordità, all'amaurosi. Si possono anche avere delle manifestazioni cutanee, quali il prurito, l'urticaria, ed anche eritemi parziali o diffusi talora scarlattiniformi, ed ancora emorragie cutanee, intestinali, emoglobinuria; alcuni autori hanno anche descritto affanno, ansia, debolezza cardiaca, ecc. Questi sintomi durano poche ore intensamente, poi diminuiscono, ed al massimo dopo due-tre giorni dalla somministrazione del chinino essi spariscono.

Da ricerche eseguite nella Clinica Medica di Roma, diretta dal Prof. Vittorio Ascoli, noi conosciamo quanto prezioso ausilio giunga al medico per la terapia della malaria nei casi di intolleranza alla chinina, coll'uso della cinconina a dosi terapeutiche (Pontano).

Recentemente gli AA. paragonano questo stato di intolleranza alla chinina ad uno stato di anafilassi, in quanto che i disturbi che si verificano in seguito ad ingestione di chinina sono assolutamente specifici per la chinina; essi non si presentano in seguito ad ingestione di altre sostanze. In altri termini, secondo questi autori, in seguito ad ingestione di chinino avverrebbero, negli individui sensibilizzati al chinino, fenomeni anafilattici così come essi hanno dimostrato che avvengono nei casi di anafilassi di origine alimentare; essi infatti hanno dimostrato che l'urticaria di origine alimentare si produceva in seguito ad ingestione di albumine sia animali che vegetali; più intensamente colle albumine animali che vegetali (1916).

Le ricerche di Pasteur, Paigniez, Vallery Radot sul comportamento dell'anafilassi di origine alimentare seguono alle ricerche di Vidal, Abrami, Brissaud, Joiltrain i quali nel 1914 dimostravano che i fenomeni cutanei di origine alimentare sono preceduti da fenomeni del sistema vascolare sanguigno identici a quelli che si osservano nello *choc* anafilattico da siero. Pasteur, Paigniez e Vallery Radot applicando ai fenomeni di anafilassi alimentare il metodo di Besredka per gli accidenti anafilattici da siero, osservarono che un soggetto sensibilizato per albumine eterogenee può essere risparmiato dagli accidenti determinati da queste stesse albumine se ad esso si fa ingerire una dose infinitesimale di queste stesse albumine prima della dose dannosa.

Heran e Saint Giron sono stati i primi ad applicare questo stesso metodo in un caso di intolleranza alla chinina; in un malarico la somministrazione per bocca di cgr. 40 di chinina determinava usualmente in esso disturbi anafilattici; essi gli hanno fatto ingerire 5 millg. di chinina un'ora e mezza prima della dose dannosa e con questo metodo non hanno notato alcun inconveniente. Pasteur, Paigniez, Vallery Radot chiamano questo metodo *antianafilassi;* esso avrebbe lo scopo di impedire l'apparizione della crisi facendo assorbire all'ammalato una dose minima della sostanza attiva un'ora prima dell'ingestione della dose dannosa.

Più recentemente ancora (1920) questi stessi autori hanno potuto seguire un caso, che essi ritengono di *anafilassi all'antipirina* nel quale avrebbero potuto seguire la fase di preparazione o di sensibilizzazione, la fase di anafilassi e infine, sottoponendo l'inferma al metodo antianafilattico, la fase di desensibilizzazione.

Mentre col metodo antianafilattico si impedisce il sorgere della crisi, se noi facciamo assorbire all'ammalato dosi minime ripetute della sostanza alla quale egli è sensibile, noi possiamo sopprimere del tutto lo stato anafilattico e liberarlo definitivamente; in altri termini abbiamo una desensibilizzazione: questa si può ottenere facendo ingerire all'ammalato, in modo ripetuto, dosi minime progressi-

vamente crescenti della sostanza anafilatizzante od anche facendo ingerire dosi alternativamente grandi e piccole.

Un altro metodo di combattere questo stato di intolleranza alla chinina, a quanto pare, sarebbe nel cambiamento del modo di somministrazione della chinina. Di già Pontano, per altri scopi, a proposito dei parassiti malarici chinino-resistenti, ha dimostrato che il cambiare modo di somministrazione della chinina è un dato sufficiente per vincere la chinino-resistenza dei parassiti malarici; il Montel ha pubblicato gli ottimi risultati che egli ha avuto in un caso di intolleranza alla chinina per via gastrica cambiando il modo di somministrazione; egli infatti ha potuto curare l'infermo con iniezioni di chinino senza constatare il minimo incidente.

c. b.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Sull'azione farmacologica dei prodotti della decomposizione cellulare.

(H. FREUND e R. GOTTLIER. *Münchner. med. Wochenschr.*, n. 13, 1921).

In ogni organismo costantemente, e in determinate condizioni in modo esagerato, vengono distrutti elementi cellulari: i prodotti che ne derivano esplicano azioni farmacologiche attivissime, se presenti in grande quantità; rinforzano o diminuiscono sensibilmente l'azione di sostanze somministrate dall'esterno, oppure formate nell'organismo stesso, se presenti in quantità più scarsa. Alcuni di questi prodotti si formano in seguito all'iperattività fisiologica degli organi, e ad essi spetta probabilmente l'importante funzione di regolare l'afflusso sanguigno all'organo funzionante; certi prodotti della decomposizione degli albuminoidi, chiamati per la loro azione «simili all'istamina» sono dei veleni capillari ed esplicano quindi nel luogo dove si originano un'azione vasodilatatrice. Gli elementi istologici più labili, i cui prodotti di decomposizione si possono più facilmente ottenere e studiare nei loro effetti, sono le piastrine del sangue; esse vengono distrutte in gran quantità durante la coagulazione. I prodotti che ne derivano conferiscono al siero delle proprietà farmacologiche definite: essi alterano, per sinergismo o per antagonismo, il decorso di reazioni caratteristiche e quantitativamente misurabili. Ciò si può dimostrare per quelle sostanze le quali raggiungono la massima concentrazione 6 ore dopo la coagulazione (sostanze tardive del siero) e conservano la loro attività per molti giorni; chè le sostanze le quali si formano subito dopo la coagulazione («sostanze precoci») dotate di azione farmacologica diametralmente opposta a quella delle sostanze tardive, sono labilissime e perdono ogni attività già nel breve tempo necessario alla centrifugazione. Le reazioni che vengono modificate per l'azione delle sostanze tardive del siero sono le seguenti:

1° La reazione all'adrenalina. Le sostanze tardive del siero hanno un'azione vasocostrittrice; esse agiscono su diversi organi autonomi; su alcuni (vasi, utero) sinergicamente, su altri (intestino) antagonisticamente all'adrenalina.

2° La reazione alla digitale. Mentre le sostanze precoci del siero inibiscono l'azione digitalica, quelle tardive l'accentuano notevolmente; l'iniezione endovenosa di tali sostanze provoca l'arresto sistolico del cuore di rana con la metà della dose minima di digitale per sè sola necessaria a tale scopo.

3° La reazione all'atropina. Delle iniezioni di atropina inefficaci a rimuovere l'arresto da muscarina del cuore di rana diventano efficaci se mescolate alle sostanze tardive del siero. Le sostanze tardive del siero sono solubili in alcool; l'estratto alcoolico possiede tutte le proprietà sopradette. Si ottiene un'azione analoga con estratti cellulari diversi: di eritrociti, di cellule epatiche, di cellule d'epitelio intestinale, ecc.

In tutti gli stati nei quali ha luogo uno sfacelo cellulare intenso od anche soltanto un'esagerata decomposizione di sostanza cellulare, si penserà alla possibilità che circolino nel sangue delle sostanze attive, capaci di modificare le reazioni dell'organismo a stimoli endogeni ed esogeni; e viceversa, in tutti quei casi nei quali queste reazioni organiche si dimostrano anormali si potrà attribuire ciò all'azione di prodotti di sfacelo cellulare. È questo il caso, p. es., nelle idiosincrasie; in tal caso è possibile: 1° che preesistano nell'organismo dei prodotti di decomposizione cellulare i quali intensificano od alterano l'azione di una sostanza alimentare o di un farmaco; 2° che la sostanza o il farmaco, agendo da antigene, provochi la formazione di prodotti cellulari ad azione intensa.

È probabile che l'azione di alcuni farmaci (jodio, arsenico) sia dovuta alla distruzione di determinati elementi cellulari ed ai prodotti che dalla decomposizione di essi derivano; lo stesso vale per le cure coi raggi.

La proteinoterapia agisce forse modificando la produzione endogena dei prodotti della decomposizione albuminoidea.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

Tumori della mammella.

Studio su 77 casi personali.

(MILES F. PORTER. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1921).

Dei 77 casi su cui si fonda lo studio dell'A., 49 erano tumori maligni, 28 benigni. Per i maligni il tipo ed il numero per ciascun tipo era come segue:

Adenocarcinomi 7, Carcinoma scirro 17, Carcinoma canalicolare 4, Linfosarcoma 1, Carcinoma squamoso 2, Carcinoma midollare 2, Carcinoma metastatico 2, Carcinoma a cellule cilindriche 2, non classificati 12.

Per tale classificazione sono state fatte numerose sezioni microscopiche onde corroborare il dato clinico, e l'A. conclude che il tipo «scirro» è il più frequente. Aggiunge che è sempre consigliabile accoppiare l'esame istologico all'esame clinico; ma anche nei casi nei quali il solo esame clinico porta alla conclusione di forma maligna, mentre il reperto microscopico è dubbio, conviene sempre operare radicalmente.

In 11 casi, oltre il tumore, vi era retrazione del capezzolo, ulcerazione, secrezione incolora o emorragica dalla mammella. La secrezione non ha valore per stabilire la malignità o meno del tumore: anzi, in due casi, uno maligno e l'altro benigno, la secrezione dal capezzolo era l'unico dato clinico.

L'inferma più giovane di questo gruppo aveva 17 anni, era nubile ed aveva un cancro canalicolare, che fu operato nel 1908 con la semplice asportazione della mammella e della fascia sottostante. L'inferma in seguito si maritò e sembra non abbia avuto alcuna riproduzione. È da notarsi che essa capitò all'osservazione dell'A. due anni dopo l'insorgenza del tumore, che la paziente riportava a un trauma.

L'inferma più anziana aveva 71 anno ed era affetta da uno scirro.

Su 885 casi di tumore della mammella, Bloodgood trovò solamente un cancro in un'inferma al disotto di 25 anni. Thompson asportò un adenocarcinoma della mammella sinistra in una bambina di 11 anni. Battle e Maburg pure asportarono un epitelioma del capezzolo in una bimba di 11 anni, e Brewer di New York asportò una mammella in una giovane negra di 16 anni per adenopapilloma metamorfosato in cancro. Questi gli unici casi, oltre quello dell'A., che si trovano nella letteratura, di cancri in donne giovani.

Punto importante nella anamnesi delle donne affette da tumori della mammella è che non solo abbiano o abbiano avuto marito, ma che abbiano avuto gravidanze e che abbiano allattato.

Delle donne al disopra dei 15 anni il 65 % erano o maritate o vedove o divorziate; il 76 % dei casi dei tumori maligni si manifestò in donne maritate e la stessa percentuale in donne che avevano allevato; solo il 24 % in donne nubili.

Dissentendo dunque dall'opinione di Deaver l'A. conclude che la gravidanza e l'allattamento, cui deve aggiungersi la probabilità in quest'ultimo di possibili irritazioni dell'organo, debbano riguardarsi come cause predisponenti di una certa importanza.

In 9 dei casi riportati di tumori maligni preesisteva un'infezione della mammella ed in 7 di essi un trauma.

In 9 casi fu escisso il solo tumore e vi fu recidiva locale solo in 16 anni dopo l'operazione ed allora fu praticata con successo definitivo l'operazione radicale. In 42 casi fu fatta subito l'operazione radicale; in 14 dopo incisione e biopsia; in 12 fu asportata la sola ghiandola.

Il più breve intervallo trascorso fra l'apparire dell'affezione e la visita del chilorgo fu di 4 giorni, il più lungo di 34 anni.

2 soli casi di questa serie erano in maschi e si trattava sempre di tumori benigni.

Dei 22 casi di cancro 13 involgevano le ghiandole ascellari al momento dell'operazione: di questi 4 sono viventi e stanno bene dopo 5 anni e più dall'operazione (30 %); 3 dopo 3 anni e più (20 %); 4 dopo meno di 3 anni; uno ha avuto una riproduzione ed un altro è morto. In 7 casi non furono trovate metastasi ghiandolari. Di essi 2 sono viventi e sani dopo 5 anni e gli altri 5 pure dopo 3 anni dalla operazione. Delle inferme morte 2 ebbero una riproduzione e metastasi, 6 solo metastasi nei più svariati organi.

Nei 16 casi di tumori benigni dell'A., non ci fu recidiva mai, eccetto un caso nel quale dopo 6 mesi dalla asportazione si presentò un piccolo nodulo dell'ascella. L'A. però per aver perduto di vista la paziente non sa decidersi sulla vera interpretazione di questo fatto.

Ricordando che la sua statistica circa i tumori maligni ha dato il 30 % di guarigioni oltre i 5 anni nei casi in cui già le ghiandole ascellari erano coinvolte; e il 20 % per 5 anni in quelli in cui i gangli ascellari non erano colpiti, conclude che non sempre la prognosi è aggravata dalla presenza di gangli ascellari, perchè questi possono essere di natura non cancerosa.

Tutti i pazienti ebbero un beneficio dall'operazione, anche quelli che poi morirono.

L'A. non è dell'opinione di Benedict, che l'eredità non abbia grande importanza per il cancro, e a provar ciò riporta un caso nella cui anamnesi familiare vi era la madre, due fratelli, uno zio e una zia materna, una prozia e un prozio, un cugino e una cugina da parte materna tutti cancerosi.

L'A. ritorna sull'opinione pubblicata 7 anni fa, nella quale affermava che in tutti i tumori visibili era necessaria l'operazione radicale e ritiene non consigliabile l'amputazione della mammella con l'asportazione dei muscoli e le glandole ascellari in piccoli cancri, quando il processo è circoscritto.

Ad ogni modo rendere adatta al caso l'operazione e non viceversa, ed essa sia più precoce possibile!

U. BANI.

SEMEIOTICA.

L'esplorazione rettale nel bambino.

(H. MAYET. *Journal des Praticiens*, 15 gennaio 1921).

L'esplorazione rettale si viene dimostrando di notevole utilità in molte circostanze, fra cui particolarmente nella diagnosi precoce del carcinoma rettale: essa è inoltre praticata da tempo nei casi di appendiciti basse rettali. L'A. dalla sua pratica ha potuto concludere che essa è assai utile anche nelle appendiciti addominali, risvegliando dolori mal definiti con la palpazione addominale, facendo sentire dei reliquati infiammatorî, permettendo un' esplorazione completa di quanto si trova nel basso fondo rettale. Tale metodo ha il suo massimo valore fino ai 12-13 anni, fino a tanto cioè che il dito può avere un campo d'investigazione abbastanza vasto. Nell'adulto il campo d'osservazione si restringe dal lato dell'addome, per rimanere quasi unicamente rettale. Anche nelle bambine l'esplorazione rettale può eseguirsi bene, poichè l'utero è troppo piccolo per costituire un ostacolo esteso, almeno fino all'approssimarsi della pubertà.

Analogamente all'esplorazione ginecologica, quella rettale si accompagna alla palpazione addominale: la mano, posata sull'addome, porta davanti al dito, introdotto nel retto i tessuti ed organi posti più in alto, permettendo così un'esplorazione estesa.

Prima di procedere all'esplorazione, si svuoterà bene la vescica, e, se possibile, si somministrerà un purgante, o si farà un clistere evacuativo: si potrà altresì introdurre un suppositorio alla cocaina; ma basterà di solito spalmare abbondantemente con vaselina l'orificio anale ed introdurre e far progredire il dito con grande lentezza; in tal modo non si provoca brusca contrazione dello sfintere. Il bambino si tiene coricato sul dorso, col bacino molto alzato e le cosce allargate in semiflessione sul bacino stesso.

Appendicite cronica. — Nei casi in cui la palpazione al punto di Mac Burney manca di precisione, l'esplorazione rettale acquista un carattere di nettezza ed il bambino indica che è il polpastrello del dito rettale che provoca il dolore: analogamente accade quando per la resistenza della parete addominale è malagevole la palpazione. Ancor più istruttiva è l'esplorazione rettale nelle crisi appendicolari acute in via di raffreddamento, seguendosi allora con facilità e precisione la retrazione del processo infiammatorio, di cui possono mettersi in evidenza i segni anche quando la palpazione addominale è negativa; si avverte ancora una zona infiammata, inspessita, dolorosa. L'A. non esita ad affermare che la vera esplorazione di un'appendice cronicamente infiammata deve farsi per via rettale.

Appendicite acuta. — Quando è accompagnata da un'estesa reazione peritoneale, con meteorismo generalizzato, dolore spontaneo identico o quasi in tutto l'addome, dolore provocato quasi dovunque senza precisa sistematizzazione non si possono senz'altro definire i segni di un'infiammazione localizzata alla fossa iliaca destra. Il dito, introdotto nel retto, cade in certo modo sulla lesione che affronta dal basso e dal di dietro risvegliando il massimo del dolore nella regione appendicolare e permettendo così di confermare la diagnosi. Analogamente accade nell'appendicite perforante, quando il ventre è duro, retratto a barca e la contrazione delle pareti addominali oppone un ostacolo quasi assoluto, mentre il dito nel retto permette di provocare un dolore preciso, netto, localizzato.

Vi sono appendiciti molto alte in cui l'esplorazione rettale non dà gli stessi risultati; quasi sempre però il dito, raggiungendo la base dell'appendice vi provoca il dolore, mentre, con la palpazione bimanuale, si avverte il tumore infiammatorio: questi fatti permettono la diagnosi delle appendiciti alte dalle colecistiti e dalle affezioni acute perirenali. Si possono inoltre mettere in rilievo altre cause di errori diagnostici, quali infiammazioni annessiali, piccole cisti ovariche, invaginazioni intestinali basse, ecc.

Si deve quindi concludere che una buona diagnosi di appendicite nel bambino non può farsi che col sussidio dell'esplorazione rettale. A que-

sta manovra, incontestabilmente utile, va portata qualche restrizione, poichè essa *può riuscire traumatizzante se non è eseguita con dolcezza.*

La stessa palpazione addominale, fatta troppo vigorosamente, può riuscire dannosa in appendiciti acute e può *riaccendere* quelle in via di raffreddamento; a maggior ragione l'esplorazione rettale, che viene a più intimo contatto con la parte ammalata, può essere dannosa, rompendo aderenze ancora molli, ma già preziose perchè formano una prima difesa. Essa va quindi fatta con maggior dolcezza, dopo le crisi acute, quando la palpazione addominale fa ritenere che sia scomparsa ogni sequela infiammatoria, quando la diagnosi è esitante e l'imprecisione della palpazione addominale lascia dei dubbi, nelle appendiciti basse, specialmente in quelle in cui si hanno dolori vescicali nell'urinare, ed infine nelle diagnosi difficili fra le differenti forme di appendicite e le affezioni chirurgiche del piccolo bacino e delle regioni inferiori della cavità addominale. Con maggiore sicurezza, pur non dimenticando la dolcezza di manovra, si potrà procedere nell'appendicite cronica, in quella totalmente raffreddata, oppure dopo crisi appendicolari molto brevi e benigne. A. FILIPPINI.

TERMINOLOGIA MEDICA.

Aleucia (*Frank*). — Sindrome isto-ematologica caratterizzata dalla scomparsa quasi completa dal circolo dei granulociti eosinofili e neutrofili e delle piastrine. Le corrisponde una fortissima riduzione delle cellule madri di quegli elementi nei focolai permanenti di emopoiesi, cioè mielociti neutrofili ed eosinofili e cellule giganti midollari. Si riscontra nell'intossicazione da benzolo, nell'anemia aplastica (aleucia criptogenetica), nel kala-azar, nella tifoide (a- ed ipoleucia splenica).

Bastedo (*Segno di*). — Dolore al punto di Mac Burney e di Lanz, in seguito ad insufflazione del crasso. Appendicite.

Biot (*Respirazione di*). — Arresto dei movimenti respiratorii, che dura da pochi secondi a ½ minuto. Si nota nei disturbi endocranici, specie nelle meningiti ed in certi tipi di paralisi infantile.

Blumberg (*Segno di*). — Nella peritonite acuta il dolore provocato dalla pressione della mano è meno intenso durante la pressione, che quando questa viene lasciata. Al contrario, quando il processo infiammatorio diminuisce, il dolore alla pressione è maggiore.

Catartico (*Metodo*). — Processo di psicoterapia, applicato da Freud e Brener, facendo ricordare all'isterico gli avvenimenti che avevano provocato la crisi; in tal modo si produce una specie di *evacuazione* benefica dell'energia affettiva.

MEDICINA SOCIALE.

Gl'Ispettorati medici del lavoro comunali e provinciali ad integrazione dell'azione di Stato sulla vigilanza igienico-sanitaria del lavoro.

Il prof. Aristide Ranelletti ha riferito su tale argomento al 2° Convegno nazionale degli Uffici del lavoro, tenutosi in Roma dal 27 febbraio al 1° marzo scorso, dimostrando l'opportunità che l'azione degli Uffici del lavoro, sinora orientata principalmente a problemi economico-sociali, venisse integrata dalla vigilanza igienico-sanitaria del lavoro, per mezzo di uno speciale Ispettorato medico. I maggiori Comuni hanno da tempo provveduto ad istituire speciali Ispettorati per l'assistenza sanitaria, per la profilassi delle malattie infettive, delle malattie della scuola, ecc.; analogamente il R. sin dal 1914 va propugnando che sarebbe non meno necessaria l'istituzione di Ispettorati per la profilassi delle malattie del lavoro. Un ordine del giorno da lui presentato all'uopo al 1° Convegno nazionale degli Uffici del lavoro, tenutosi anche in Roma nel febbraio 1920, venne approvato all'unanimità. Prevenire le malattie del lavoro significa diminuire la morbi-mortalità generale, diminuire le malattie infettive, tra cui principalmente la tubercolosi, diminuire la morbimortalità infantile; giacchè per malattie del lavoro dobbiamo ritenere non soltanto quelle strettamente professionali, ma anche tutte quelle malattie comuni che trovano nel lavoro antifisiologico e antigienico le cause predisponenti o determinanti principali. Il programma d'azione dal R. schematizzato per gli Ispettorati medici del lavoro mira appunto alla prevenzione delle malattie del lavoro in genere, con vantaggi dei lavoratori, della prole, del progresso delle industrie e dell'economia generale del paese. Detto programma comprende le seguenti parti principali:

1. *Casellario igienico-sanitario del lavoro*, comprendendovi tutti i locali di lavoro, così di fabbrica come a domicilio, con rilievi sulle condizioni igieniche di essi, sul numero, sesso, età degli operai e stato di salute generale, ecc.; detto casellario igienico-sanitario del lavoro faciliterebbe l'indicazione dei rimedi atti a risanare il lavoro sia di per sè che per l'ambiente in cui si svolge.

2. *Statistiche sulla morbilità e mortalità in rapporto alle professioni*; che potrebbe fornire importanti elementi di giudizio per la ricerca delle cause e dei mezzi per prevenire o diminuire le malattie e le morti. Finora solo nove

Comuni in Italia pubblicano statistiche sulle cause di morte in rapporto alla professione; mentre nessuno pubblica quelle sulle malattie in rapporto alle professioni.

L'Ufficio del lavoro del Comune di Roma, col suo Ispettorato medico, ha già iniziato lo svolgimento di questa prima parte del programma, con l'istituzione di un Ambulatorio per le malattie del lavoro, con varie inchieste igienico-sanitarie su industrie della città, raccolta di dati sulla morbilità di singole categorie di lavoratori, ecc.

3. *Igiene dei locali di lavoro e vigilanza sull'applicazione dei regolamenti.* — Previa intesa tra gli Ufficii d'igiene e del lavoro, integrare i regolamenti d'igiene con le norme fondamentali d'igiene del lavoro generali e speciali per singole industrie, che, essendo oramai acquisite alla medicina del lavoro, sarà facile in seguito coordinare coi regolamenti statali in preparazione: dette norme dovrebbero imporsi alle nuove industrie come condizione essenziale pel rilascio delle licenze di esercizio, e, nei limiti del possibile, alle industrie esistenti.

4. *Migliore organizzazione delle visite sanitarie pei fanciulli e le donne minorenni.* — La prima profilassi delle malattie del lavoro si ottiene mercè l'idoneità generica e specifica al mestiere che si assume: oggi invece la scelta del mestiere è fatta senza alcun discernimento, senza tenersi conto delle speciali attitudini fisiche, fisiologiche e intellettuali dei fanciulli, il che significa esporli inconsciamente a malattie e pericoli che potrebbero essere evitati. Donde la necessità d'una migliore organizzazione del servizio sanitario pel rilascio dei libretti di lavoro, oggi in genere fatto in base a visite sommarie.

Anche questo servizio è stato a Roma organizzato con tali intendimenti.

5. *Obbligatorietà della visita medica preventiva e periodica per gli addetti ad industrie insalubri o pericolose, e alle industrie alimentari d'albergo e mensa.* — Anche per gli adulti addetti ad industrie insalubri o pericolose, allo scopo di meglio prevenire le malattie del lavoro, o riconoscerle sul nascere e quindi più facilmente combatterle, è necessaria la visita medica preventiva e periodica, per stabilirne l'idoneità prima dell'ammissione, controllarne la resistenza in seguito. In assenza d'una disposizione statale generale, i maggiori Comuni potrebbero rendere obbligatorie dette visite preventive e periodiche per gli addetti ad industrie insalubri o pericolose dipendenti dal Comune o dai propri appaltatori, come ha già fatto il Comune di Roma, mercè apposite clausole sociali inserite nei contratti di appalto coi propri fornitori.

Se dette visite sono necessarie per la migliore tutela della salute dei lavoratori, esse sono anche necessarie per la difesa del pubblico da possibili contagi, specie della tubercolosi, tifo, ecc., per gli addetti ad industrie alimentari, il personale di albergo e mensa, che possono essere affetti da tali malattie: gli Uffici di collocamento potrebbero occupare in mestieri più confacienti con lo speciale stato di salute, e non pericolosi pel pubblico, gli operai che dovessero essere allontanati perchè affetti per es. da tubercolosi polmonare.

6. *Vigilanza igienico-sociale sul lavoro a domicilio;* il R. già in altre occasioni dimostrò che il lavoro a domicilio ha con sè una serie di mali inerenti sia alla salute dei lavoratori che a quella dei consumatori, specie in rapporto ad oggetti confezionati in locali infetti da malattie contagiose: i Comuni, in assenza di una legge, potrebbero, come ha fatto quello di Roma, esercitare una efficace vigilanza igienico-sociale, almeno verso i propri fornitori: inoltre l'Ufficio del lavoro di Roma ha preso accordi con l'Istituto delle Case Popolari perchè nelle nuove costruzioni siano adibiti locali appositi pel lavoro a domicilio, onde evitare i danni inerenti a detto lavoro; provvedimenti simili potrebbero essere promossi in altri Comuni.

7. *Educazione igienica dei lavoratori;* essendo essa la condizione fondamentale per la migliore prevenzione così delle malattie come degli infortuni sul lavoro, dev'essere in modo speciale curata dagli Ispettorati medici del lavoro: quello di Roma vi va provvedendo mediante manifesti, stampati, opuscoli, corsi popolari d'igiene del lavoro, propaganda che verrà integrata dall'istituzione d'un Museo di Patologia e igiene del lavoro.

8. *Opere di assistenza medico-sociale* per alcune delle quali gli Ispettorati del lavoro potranno avere efficace collaborazione dalla Croce Rossa italiana che ne ha fatto parte del suo programma di pace. Tra esse ricordiamo: organizzazione del pronto soccorso nei centri di lavoro, oggi in genere assai deficiente: per le piccole industrie si potrebbero fornire cassette-tipo di pronto soccorso a prezzo di costo, onde facilitare l'osservanza dei regolamenti; e presso maggiori centri di lavoro si

potrebbero promuovere ambulatorii pel pronto soccorso in caso d'infortuni, e assistenza medica in caso di malattie curabili ambulatoriamente; le cure prontamente apprestate dal medico attenuano le conseguenze degli infortuni a vantaggio degli operai, come degli istituti assicuratori, e, di riflesso, degli industriali stessi: vantaggi che saranno meglio assicurati integrando l'assistenza medico-chirurgica con l'assistenza medico-legale gratuita affidata ad appositi Istituti di patronato legalmente riconosciuti.

Così pure per le più comuni malattie, le cure sollecite sul posto stesso di lavoro varranno a meglio combatterle sul nascere. A Roma, previo accordo tra l'Ufficio del lavoro, la Croce Rossa, e la Cassa Nazionale infortuni si è già istituito un primo ambulatorio nella Nuova Città-giardino all'Aniene, e un altro se ne sta preparando nella nuova zona industriale di S. Paolo.

Altra utile opera di assistenza sociale è data dagli asili per bambini lattanti e divezzi presso stabilimenti industriali, per favorire l'allattamento materno, e fornire ai divezzi una alimentazione adeguata e un'assistenza igienica, e così contribuire a diminuire l'elevata morbi-mortalità infantile. Essi dovrebbero sostituire le sale d'allattamento, volute dalla legge, ma in genere non esistenti. Alcuni di questi Asili vanno già istituendosi in Roma.

Anche le cucine economiche presso i maggiori centri di lavoro potranno riuscire utili, fornendo a mezzogiorno agli operai una refezione calda, igienica ed economica.

Infine l'organizzazione di ricreazioni istruttive ed educative per gli operai, nei giorni festivi, d'intesa con le relative istituzioni già esistenti, potrebbero influire ad allontanare gli operai dalle osterie, e fare meglio riparare ai danni del lavoro spesso insalubre.

Il campo d'azione degli Ispettorati medici locali potrebbe essere quindi molto vasto: alcune parti del programma sono di spettanza esclusiva di Ispettorati Comunali, altre possono esserlo anche di Ispettorati provinciali, specie là dove non esistono Ispettorati comunali; così la propaganda d'igiene del lavoro, i rilievi statistici igienico-sociali sulle industrie della provincia; le opere di assistenza medico-sociale, dove non vi provvedono i Comuni; essi inoltre potrebbero promuovere, col concorso del medico provinciale, una speciale intesa coi medici condotti della provincia per un maggiore orientamento dell'opera loro verso la ricerca e la prevenzione delle malattie del lavoro, dettando criteri informatori e coordinatori.

Riassumendo, gli Uffici del lavoro, con l'istituzione di Ispettorati medici del lavoro potranno utilmente rafforzare e integrare l'azione di Stato sulla vigilanza igienico-sanitaria del lavoro, potendo localmente compiere funzioni cui gli organi governativi non possono arrivare e contribuendo così efficacemente alla migliore profilassi delle malattie del lavoro e degli infortuni.

Il Congresso, dopo lunga discussione, approvava all'unanimità i seguenti due ordini del giorno:

Per la vigilanza igienico-sanitaria del lavoro.

Il II Convegno fra i rappresentanti degli Uffici del lavoro degli Enti locali;

Preso atto della dotta relazione del prof. Ranelletti;

Riafferma il voto unanime del primo Convegno, che gli Uffici locali del lavoro istituiscano un Ispettorato medico del Lavoro che, sullo schema di programma già delineato nel precedente ordine del giorno, assicuri l'assistenza igienico-sanitaria dei lavoratori, e la vigilanza igienica delle condizioni di lavoro, così di fabbrica come a domicilio, integrato da opere di assistenza medico-sociale da parte dei rispettivi Uffici del lavoro;

E fa voti che lo Stato riconosca detti Ispettorati medici quali organi periferici, agli effetti della vigilanza igienico-sanitaria del lavoro, e che disponga che gli Ufficiali sanitari Comunali (con la preparazione necessaria tecnica) nella mancanza di medici ispettori, coadiuvino per tale vigilanza gli Uffici comunali e provinciali del lavoro.

Per la preparazione degli ispettori medici del lavoro.

Il II Convegno fra i rappresentanti degli Uffici del lavoro degli Enti locali;

Plaudendo alla relazione Ranelletti, data la preparazione inadeguata attuale del personale sanitario circa i problemi di medicina sociale in generale e di patologia del lavoro in particolare;

Raccomanda l'istituzione, ovunque sia possibile, di corsi speciali di medicina del lavoro per i medici pratici.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta dell'8 aprile 1921.

Presidenza: Prof. B. ROSSI.

Psicosi infettive, con speciale riguardo all'encefalite letargica.

A. BASSI. — Premessa una rapida esposizione delle questioni che si agitano nel campo delle psicosi da infezione, porta il contributo clinico di cinque casi d'encefalite letargica, due col quadro dell'amenza, tre con insonnia persistente, disordine nel contegno, atteggiamenti catatonici, richiamando specialmente l'attenzione su questi ultimi sintomi che potranno portare luce in molte forme della patologia mentale.

Un caso di porencefalia con emiatrofia cerebro-cerebellare crociata.

E. MEDEA. — L'O. presenta un cervello con una spiccata atrofia dell'emisfero sinistro *in toto* e con evidente porencefalia in rapporto alla regione insulare-rolandica. Esiste inoltre un'atrofia cerebellare destra, cioè controlaterale.

Trattasi di un ragazzo di 12 anni che ha avuto o nella vita intra-uterina o più probabilmente all'età di 3 mesi un processo di meningo-encefalite che determinò l'arresto dello sviluppo dell'emisfero cerebrale corrispondente e la porencefalia. Oltre a ciò all'autopsia esisteva un'ampia cisti che era stata aperta dal chirurgo al quale l'O. aveva sottoposto il caso a cagione di continui attacchi epilettiformi, iniziantesi dall'arto superiore destro e specialmente dalla mano. Si era fatta diagnosi di epilessia jacksoniana con emiparesi destra da pregressa encefalite (con presenza di cisti aracnoidea?) ed infatti al tavolo chirurgico si trovò un'ampia cisti che venne in parte vuotata, in parte esportata.

Il caso è interessante da diversi punti di vista: 1° anatomico, perchè è un esemplare di quelle forme di emiatrofia cerebro-cerebellare crociata che tante discussioni hanno originato circa la loro patogenesi; 2° clinico, perchè dimostra come sia possibile l'iniziarsi di fatti jacksoniani in epoca tanto lontana dalla lesione primitiva (9 anni dopo), come fosse possibile un linguaggio normale con una lesione così grave interessante il centro del linguaggio articolato, l'insula, ecc. (funzione vicariante dell'emisfero destro?); infine perchè il caso attuale conferma la più frequente origine della porencefalia da causa infiammatoria o vascolare.

A proposito di due casi di «prostatismo senza prostata». (Operazione alla Freyer - Guarigione).

G. B. SIGURTÀ. — I casi di «prostatismo senza prostata» si riducono essenzialmente a due tipi: il piccolo adenoma, e l'ipertrofia a sbarra od a valvola.

La diagnosi è in ogni caso assai delicata e difficile e si basa sul quadro clinico in tutto simile a quello dei grossi adenomi, sulla assenza di altre cause di ostruzione verificata al cistoscopio e sulla presenza, pure cistoscopica delle colonne vescicali. Anche l'uretroscopio può giovare alla diagnosi.

Quanto alla cura, la via più sicura e da lui seguita nei due casi, è la cistotomia ipogastrica, attraverso la quale si può demolire o il piccolo adenoma o la sbarra prostatica. In quest'ultimo caso non si tratta più — naturalmente — della regolare enucleazione dell'adenoma, secondo un piano di clivage, caratteristico dell'operazione di Freyer, ma di una demolizione per strappamento o per incisione o per dieresi termica.

Pare anzi all'O. che in alcuni di questi casi la dieresi termogalvanica secondo il metodo Bottini-Freudenberg, opportunamente adattata nella tecnica e nello strumento al caso speciale, potrebbe forse ritrovare una buona indicazione, risparmiando al malato la cistotomia.

Nuovo contributo alla elettrocoagulazione dei papillomi della vescica.

G. B. SIGURTÀ. — A proposito di un nuovo caso di papilloma della vescica da lui operato con la elettrocoagulazione con pieno successo, papilloma assai voluminoso avente un diametro di non meno di 5 cm. ed una chioma assai densa mascherante completamente il peduncolo ed uno degli sbocchi ureterali, l'O. conferma l'eccellenza del metodo da lui primamente dimostrato in Italia con quattro casi qui presentati nel 1916, per cui anche per papillomi assai voluminosi il metodo (di cui accenna le principali norme tecniche) dovrà sempre essere preferito alla demolizione cruenta per via cistotomica.

C. VALLARDI.

Ospedale Civile di Venezia.

Seduta accademica del 3 aprile 1921.

Sopra un caso di encefalite letargica a decorso cronico.

Dott. A. ABBRUZZETTI. — L'O. riferisce su un caso di encefalite letargica a decorso cronico. Nel periodo acuto si svolse un quadro assai vicino alla sindrome di Benedikt e con la scomparsa della febbre ne seguì un decorso cronico a tipo progressivo che l'O., dopo averlo descritto ed analizzato, propende a credere che esso rappresenti non già un reliquato della encefalite letargica, ma una forma cronica tuttora in evoluzione.

Sopra un caso di morbo di Kahler-Bozzolo.

Prof. G. JONA. — L'O. presenta un caso di Kahler-Bozzolo, con lesioni (dimostrabili clinicamente e radiologicamente) dei corpi di alcune vertebre lombari, e di coste multiple con intensa albumosuria, con anemia grave, senza presenza di elementi atipici nel sangue circolante. Dimostra che il corpo di Bence Yones, deriva da un alterato ricambio dell'albumina sotto l'azione di un fermento messo in libertà dall'autolisi del tumore o dal tessuto osseo.

A. DIAN.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

La retinite nel diabete.

È un fatto bene stabilito che nel diabete mellito si osservano lesioni retiniche, però non è stata dimostrata l'esistenza di una retinite caratteristica, quale è quella che si osserva nella nefrite. Hirschberg aveva diviso le lesioni retiniche del diabete nei tre gruppi seguenti: 1) Una infiammazione caratteristica della regione centrale della retina, con piccole macchie brillanti, di solito anche con punti emorragici (retinite centrale puntiforme diabetica). 2) Emorragie retiniche con modificazioni infiammatorie e degenerazioni (retinite emorragica diabetica). 3) Forme più rare di infiammazione e degenerazione retinica, di cui però non è dimostrato il rapporto con la malattia fondamentale (retinite pigmentaria).

La retinite puntiforme centrale sarebbe caratteristica del diabete; vi sarebbero però forme accompagnate da edema ed essudati, che suggerirebbero l'idea di nefrite. Altri autori (Schöbl) ammettono l'esistenza di retinite albuminurica in diabetici, dovuta ad una nefrite, che complica la malattia.

H. P. Wagener e R. M. Wilder (*Journ. Am. med. Assoc.*, 19 febbr. 1921) hanno rivolto la loro attenzione alle lesioni retiniche in 300 casi di diabete e ne traggono la conclusione che la retinite non si trova in casi di diabete acuto, nè di diabete grave; quando essa si osserva, trattasi di forma lieve e cronica di diabete, accompagnata sempre o quasi da malattia vascolare o renale, ipertensione, arterosclerosi). La causa primaria della retinite nel diabete starebbe quindi probabilmente nelle modificazioni patologiche del sistema vascolare, anzichè nel disturbo metabolico, che avrebbe una parte secondaria.

fil.

Su di alcuni elminti parassiti dell'occhio.

Tra le filarie, oltre *Onchocerca coecutiens* è da citarsi la *Filaria loa* (*Loa loa*) che si trova nell'Africa tropicale e nella parte sud dell'Africa occidentale. L'animale spostandosi sotto i tegumenti provoca edemi fugaci, detti di Calabar. Quando si sposta sotto le palpebre o sotto la congiuntiva, dà disturbi leggeri e transitorii, quali sensazione di corpo estraneo, congiuntivite, edema palpebrale, dacriocistite. La trasmissione delle filarie si farebbe per mezzo di tafani, appartenenti al genere Chrysops.

La *Filaria conjunctivae*, parassita degli equini, è stata osservata anche nell'uomo: analogamente accade per la *Filaria palpebralis*.

Il trattamento di tutte le Filarie consiste nella estirpazione, spesso difficile per la rapidità con cui esse sfuggono.

Sparganosi oculare. Trattasi di una larva di cestode, *Sparganum Mansoni*, corrispondente al *Botriocephalus Mansoni*. Questo vive nell'intestino del cane: le uova, emesse con le feci, passando nelle acque prendono la forma larvale in un crostaceo (*Cyclops leuckarti*), donde passano nell'ospite definitivo (cane, uomo) dando il Botriocefalo.

Nell'uomo lo *Sparganum* si localizza nell'orbita o nella congiuntiva palpebrale: nel primo caso si hanno pruriti, rossore congiuntivale, chemosi, edema palpebrale ed i segni del tumore orbitario. Nella seconda localizzazione si formano tumoretti delle dimensioni massime di un fagiuolo, diffusi, non aderenti, talvolta producono ascessi, l'affezione si produce bruscamente con crisi corrispondenti agli spostaria si tenterà l'estirpazione solo in caso di asmenti del parassita. Nella localizzazione orbitasoluta necessità. La malattia è frequente al Giappone: è stata osservata anche nell'Africa occidentale e nella Gujana.

Cisticercosi oculare. Come è noto, essa è data dalla larva della *Taenia solium* (*Cysticercus cellulosae*) che ha per ospite normale il maiale. Il cisticerco si trova specialmente nel corpo vitreo, più raramente nella retina, congiuntiva, ed eccezionalmente in altre parti dell'occhio. I sintomi oculari sono assai variabili, rassomigliando spesso a quelli di un tumore con disturbi generali all'inizio (cefalea, vomito). La diagnosi può farsi solo con l'esame oftalmoscopico, che permette di distinguere i particolari del cisticerco, specialmente quando è nel corpo vitreo. La formola leucocitaria mostra eosinofilia. Il trattamento è essenzialmente chirurgico.

(Ch. Joyeux. *Presse médicale*, 1921, n. 36).

fil.

La cauterizzazione delle ulcerazioni corneali superficiali.

Oltre alle ulcere profonde corneali, che sono di dominio dello specialista, ve ne sono altre invece superficiali, nelle quali il pratico può agire prontamente ed efficacemente. Tali ulcerazioni sono talvolta traumatiche; il più spesso però si osservano in arterio-sclerotici od in individui affetti da nevrite nel dominio dell'oftalmico (A. Cantonnet: *Journ. des Praticiens*, anno XXXIII, n. 52): l'illuminazione obliqua oppure il semplice esame alla luce del giorno, mostra che la cornea, specialmente verso la periferia, ha perduto il brillante della superficie, l'epitelio alterato non riflette più la luce. Come in ogni affezione corneale, vi è viva rea-

zione: fotofobia, lacrimazione, iniezione pericheratica, il dolore varia secondo la sensibilità del soggetto ed è vivissimo in caso di nevrite.

L'ulcerazione può aggravarsi ed infettarsi (individui con vie lacrimali impervie ed infette) e passare ad ulcera. L'A. considera soltanto la semplice ulcerazione. La cura deve anzitutto comprendere l'applicazione di compresse calde, di atropina, di collirio all'argirol forte od al collargolo, di una fasciatura fissa sull'occhio: ci si assicurerà inoltre dello stato asettico delle vie lacrimali. La cura diretta va fatta con le cauterizzazioni sia con aria calda, sia con tintura di iodio.

Si applicherà l'aria calda nelle ulcerazioni vaste ed affatto superficiali: a tale scopo si usa una siringa di vetro di un paio di cmc. con un ago a cui si taglia l'ugnatura terminale, riducendolo ad un tubo regolare. Si instillano 2 goccie di cocaina (1 %) e dopo altri tre minuti, altre 2 goccie: frattanto si scalda la siringa sopra la fiamma non carboniosa, e poi l'ago portandolo al colore rosso. Si aspira lentamente l'aria che si sterilizza e si riscalda, traversando il tubo, ricacciando l'aria e ripetendo la manovra 2-3 volte in modo da scaldare bene il corpo di pompa; poi, caricata nuovamente la siringa, si allontanano le palpebre dell'occhio malato e collocata l'estremità del tubo a 2 mm. dall'ulcera, vi si fa diffondere l'aria calda, spingendo dolcemente lo stantuffo. Si ripete l'operazione 2-3 volte: l'ulcerazione prende un colore grigiastro.

Più attiva è la cauterizzazione con la tintura di jodio, che si usa assai fresca (non più di 15 giorni) a diluizione di 1/20-1/30. Cocainizzato l'occhio, si immerge nella tintura di jodio una bacchettina di vetro (di 2-3 mm.) od uno stiletto, non toccando subito l'ulcerazione, ma attendendo prima che la gocciolina, all'estremità della bacchetta, sia diminuita di volume ed abbia acquistato una consistenza più spessa; allora — o anche ad evaporazione completa — si tocca la superficie dell'ulcerazione, che prende un colore bruno.

L'applicazione dello jodio sulla cornea non provoca dolore, mentre sarebbe assai dolorosa se fatta sulla congiuntiva.

Queste applicazioni sono affatto inoffensive e sono molto efficaci, vanno ripetute 2-3 volte ad 1-2 giorni d'intervallo. *fil.*

La tintura di iodio nelle ulcerazioni della cornea.

Parrebbe che l'occhio non dovesse tollerare un rimedio così irritante, quel'è la tintura di iodio; invece Cantonnet (*Médecine*, gennaio 1920) ha ottenuto eccellenti risultati, nelle ulcere superficiali della cornea, dalla tintura di iodio a 1:20 - 1:30 (ossia al 3-4 %). Importa di usare una tintura fresca (di non oltre 15 giorni), ben chiusa in una boccetta a smeriglio; altrimenti si forma acido iodidrico, irritantissimo per l'occhio.

Dopo anestesia con soluzione cocainica al 3-4 %, si preleva la tintura di iodio con una bacchettina di vetro di 2-3 mm. di calibro o, meglio, con un sottile stiletto; si fa evaporare per 1-2 minuti (di modo che la concentrazione va aumentando), con la punta in basso, fino a consistenza sciropposa; poi si allontanano le palpebre e si tocca l'ulcera, che assume una tinta bruna caratteristica. Le applicazioni vengono ripetute due o tre volte, a uno-due giorni di distanza.

Van Liret (*Archives d'Ophtalmologie*) preferisce una tintura di iodio concentrata, al 20 %, freschissima; applica il rimedio per mezzo di uno stiletto da vie lacrimali, intorno al quale avvolge strettamene un poco di ovatta, avendo l'avvertenza di passare lo stiletto sul collo della boccetta per asportare l'eccesso di tintura. Fa precedere le applicazioni dall'instillazione di fluoresceina, per colorare e delimitare bene l'ulcera ed evitare che l'applicazione di iodio si estenda alle parti sane; dopo di che instilla qualche goccia d'idroclorato di cocaina al 2 %.

Nelle ulcere ribelli a questo trattamento, l'oculista di Bruxelles ha dimostrato utile l'associazione della tintura di iodio al precipitato giallo. Egli ha scoperto il fatto casualmente, in due malati le cui ulcere si eternizzavano e che, dopo le applicazioni di iodio, impiegarono la pomata al precipitato giallo: trascorsi dieci giorni erano del tutto guariti. A prima giunta parrebbe trattarsi di un'eresia terapeutica, poichè si raccomanda di evitare l'impiego simultaneo dei sali di mercurio e dello iodio, nel timore che si formi ioduro mercurico, irritantissimo per l'occhio; si evitano perfino i colliri mercuriali nei soggetti che eseguono una cura iodica. Invece non si nota nessuna conseguenza spiacevole, probabilmente perchè le applicazioni sono separate da un certo intervallo di tempo.

Le applicazioni della pomata a precipitato giallo vengono anch'esse precedute da instillazione d'idroclorato di cocaina al 2 %.

L'A. si attiene a questa norma: il primo giorno applica il precipitato giallo, di sera; poi, a giorni alterni: precipitato giallo mattina e sera; tintura di iodio la mattina e precipitato giallo la sera.

Ottimi risultati si otterrebbero nelle ulcere con ipopion da qualsiasi specie batterica prodotte, nelle ulcere atoniche, nell'erpete della cornea, nella cheratite fascicularis, ecc.

L. V.

L'optochina in oculistica.

Premettiamo che la cupreina è il principio attivo della *China cuprea;* somiglia molto alla chinina (il metossile vi è sostituito da un ossidrile). Un derivato di questi due alcaloidi è la etildiidrocupreina od optochina (in cui il gruppo metilico e il gruppo vinilico della chinina sono sostituiti da due gruppi etilici).

L'optochina venne ottenuta da Morgenroth e Halberstädter, che ne dimostrarono l'azione microbicida spiccata sul pneumococco ed anche nelle pneumococcie sperimentali.

Questo medicinale ha trovato numerose applicazioni in oculistica; si cominciò ad usarlo contro le congiuntiviti e contro l'*ulcus serpens* da pneumococco, ma poi si riconobbe utile in molte altre affezioni oculari.

Se n'è giovato largamente A. F. Bedel (*Journal Americ. Medic. Assoc.*, 2 ott. 1920), clinico oftalmologo all'Università di Albania (Stati Uniti).

Egli adopera una soluzione di cloridrato all'1 per cento; le instillazioni vengono eseguite a intervalli di due a sei ore. Conviene avvertire che alle volte esse provocano una reazione locale violenta, che si traduce con edema considerevole della congiuntiva e delle palpebre. D'altra parte col tempo la soluzione sembra perdere la sua attività, anzi stimola la pullulazione dei batteri; ma questo fatto è dovuto ad un'alterazione chimica, dimostrata da H. S. Gradle; basta rinnovare la soluzione, perchè il medicamento riprenda la sua efficacia.

Sopratutto nelle pomate l'etilidrocupreina si altera con rapidità, onde occorre rinnovarle ogni 3 giorni; invece i colliri possono essere rinnovati ogni 5 giorni.

L'A. ha usato con successo l'optochina nelle congiuntiviti (da pneumococco, primaverili, granulomatose), nelle ulcere di varia natura e gravità, nelle dacriocistiti acute e croniche, ecc.

Nel tracoma a grosse granulazioni, con vascolarizzazione della cornea, con secrezione copiosa e con numerose piccole ulcerazioni, la congestione della congiuntiva si riduce già dopo 24 ore, le ulcere tendono presto a cicatrizzare e dopo una decina di giorni molti pazienti sono in grado di riprendere le loro occupazioni, da cui erano tenuti lontani da tempo.

L'A. ha osservato delle dacriocistiti acute suppurate, con distensione notevole del sacco lacrimale, arrossamento della cute circostante e secrezione purulenta profusa, guarire in quattro giorni con semplici instillazioni della stessa soluzione, ripetute ogni due ore, senza alcun intervento operatorio.

Egli ha potuto ottenere anche la guarigione rapida di dacriocistiti croniche, salvo che non fossero dovute a lesioni permanenti: ma anche allora si può far ridurre la secrezione; se però il miglioramento è solo temporaneo, è inutile insistere nell'uso del rimedio.

Infine, le ulcerazioni gravi della cornea, con ipopion iniziale, iniezione sanguigna intensa dell'iride, congestione bulbare accentuata, giustificherebbero lo stesso trattamento: in 24 ore le instillazioni biorarie determinano decongestione e riduzione dell'infiltrazione; dopo tre giorni i sintomi morbosi sono scomparsi e comincia il processo di cicatrizzazione dell'ulcera.

Lo stesso trattamento ha corrisposto nelle infezioni della cornea consecutive ad estrazione della cataratta.

Invece esso è rimasto inattivo nelle cheratiti interstiziali d'origine luetica o tubercolare.

L. V

L'arsenobenzolo nella cura del tracoma.

De Waele (*La Clinique ophtalmologique*, 1920, pag. 422) consiglia nella forma granulosa acuta il seguente procedimento. Previa anestesia cocainica, arrovesciate le palpebre, si scarifica la superficie, con un piccolo bisturi, a livello delle granulazioni, cercando di far uscire il contenuto vitreo, per mezzo di un cucchiaio. Frenata l'emorragia, si tocca la superficie con un tampone di cotone imbevuto in soluzione al 5 % di arsenobenzolo in alcool metilico. Per una o due ore, il paziente si tiene sugli occhi compresse bagnate con soluzione borica, fino a che non sia diminuita la sensazione di scottatura, facendo poi lozioni con soluzione borica. Dopo due giorni i dolori sono diminuiti ed allora si intraprende la cura come per i casi subacuti e cronici. Questi, come pure le forme lievi, quelle follicolari torpide si trattano mediante l'applicazione di unguento all'1 % di arsenobenzolo, portato mediante bacchettine di vetro. L'unguento va conservato al riparo dalla luce: il neosalvarsan dà risultati meno buoni.

I casi acuti o subacuti dànno esiti soddisfacenti con ritorno della congiuntiva allo stato normale senza deformazione del tarso. Anche i casi cronici migliorano considerevolmente, con tendenza al ritorno allo stato normale, al ripristino del cul di sacco, alla scomparsa della fotofobia.

r. s.

Sulla profilassi del tracoma.

Consiste anzitutto nella cura minuziosa di ogni tracomatoso e nella separazione di questo dalle persone che vivono nello stesso ambiente, separazione che riguarda specialmente gli oggetti di pulizia personale (fazzoletti, asciugamani, catini, ecc.).

Gli Stati Uniti esercitano una sorveglianza rigorosa all'arrivo degli emigranti: tutti ven-

gono visitati, ogni palpebra è rovesciata, gli individui tracomatosi sono internati e rimandati in Europa con il prossimo piroscafo, a spese della Compagnia di navigazione, la quale deve anche pagare un'ammenda. In questi tempi poi, vi sono nelle nazioni europee profughi russi e balcanici, che appunto in causa del tracoma non possono emigrare e che, restando nel paese, vi diffondono la malattia.

Precauzioni analoghe a quelle sopra ricordate dovrebbero essere prese anche in Europa nei porti ed ai confini di terra, esigendo il certificato d'esame oculare come si pretende quello di vaccinazione.

Si debbono poi istituire dispensari speciali per tracomatosi, a cui gli industriali dovrebbero inviare i dipendenti, che ne sono affetti; una sorveglianza rigorosa deve poi esercitarsi nelle scuole, escludendone i tracomatosi, per i quali si faranno scuole speciali, se trovansi in discreto numero.

Nei paesi dove il tracoma è diffuso, si provvederà a distruggere quanto più sia possibile le mosche che hanno una parte importante nella diffusione del male. Il tracoma, inoltre dovrebbe venire inscritto fra le malattie a denuncia obbligatoria.

(A. Cantonnet. *Journal des praticiens*, 1921, n. 13).

La visione dei colori e la cura della discromatopsia.

C. P. Weber (*Med. Record* 1921, pag. 331) asserisce che l'iride protegge la retina contro un colore preponderante: quando l'occhio è costretto a guardare un certo colore per lungo tempo, l'iride dopo parecchi anni cambia colore, assumendo quello complementare al colore osservato a lungo. Tutto lo spettro è rappresentato nell'iride dal rosso nel centro, al violetto alla periferia; quando si verifica il cambiamento di colore, se ne vede la scomparsa nell'anello corrispondente. Nella discromatopsia l'iride si presenta pallida, giallo-scura circondata da una tinta verdiccia; tale condizione si produce particolarmente lavorando con la luce artificiale ed anche con l'uso delle lenti azzurre, che erano in voga tempo fa.

Questi studi hanno condotto anche alla cura della discromatopsia e delle condizioni connesse con l'uso falso dei colori, cura diretta a cambiare il colore dell'iride, e che si ottiene in 2-4 mesi con l'uso di occhiali colorati adatti; in tal modo si guarisce anche la cefalea da falso uso dei colori.

fil.

NOTE DI MEDICINA LEGALE.

La sifilide da baliatico
Infortunio o malattia professionale?

G. Pisenti (*Ann. Ost. e Ginecologia e Lavoro*, 28-II-21) ritiene che la sifilide da baliatico debba essere considerata come vero infortunio e non già come malattia professionale. Su questa, di fatto, l'elemento causale interviene, sia pure in varia misura, in ogni momento del lavoro: nell'infortunio invece, il fattore morboso si presenta solo come evenienza fortuita ed accidentale. L'infezione carbonchiosa del conciapelli che rappresenta solo un elemento fortuito, e non già la regola di chi lavora nelle pelli, viene considerata come infortunio. Analogamente il fattore morbigeno — sifilide — non è necessariamente connesso con l'allattamento, ma rappresenta solo un'evenienza fortuita; la infezione sifilitica va quindi considerata come infortunio.

Ammessa la necessità di risarcire il danno, sorge il problema della misura dell'indennizzo. Il danno economico in riguardo alla capacità lavorativa può essere minimo o massimo secondo le varie manifestazioni della sifilide; ma bisogna inoltre tener conto di altre circostanze, che vengono toccate dalla infezione luetica, cioè delle funzioni di sposa e di madre. Per le prime, il danno si estende ai rapporti coniugali, per le seconde oltre al pericolo di infettare i figli conviventi, vi è quello dell'esito di future gravidanze. Il danno, oltrechè individuale, è anche sociale e va quindi valutato con criteri di larghezza. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1344) *Ematurie in gravidanza.* — All'abbonato n. 5087, Manzano:

Ematurie di accertata origine renale ricorrenti in ripetute gravidanze debbono presumersi dovute a nefrite cronica che in gravidanza si acutizza ed assume tipo emorragico.

Piuttosto che preoccuparsi della dieta, che dovrà, in ogni caso, esser quella adatta ad una nefritica, parmi vi sia indicazione alla interruzione della gravidanza a prevenire temibili complicanze. Artom di Sant'Agnese.

(1345) *La cura del morbo di Basedow.* — All'abbonato 5071:

La cura del morbo di Basedow è complessa. Quando i farmaci, i preparati opoterapici, non riescono efficaci, giova ricorrere alla elettroterapia ed alla radioterapia, che danno spesso,

specie l'ultima, notevoli successi. Nei casi ribelli si ricorre all'intervento chirurgico.

Le vertigini, che per altro non sono un sintomo costante del gozzo esoftalmico e quando sono presenti è prudente indagare se non dipendano da altre cause, vanno combattute con la cura generale dell'affezione. .

Per maggiori particolari leggere la rivista sulla terapia del gozzo esoftalmico pubblicata nel n. 26 dell'anno 1919 di questo periodico.

DRAGOTTI.

(1346) *Tubercolosi del peritoneo.* — All'abbonato n. 11422:

In lingua francese:

Sulla tubercolosi del peritoneo ella troverà nel volume XVIII (malattie del peritoneo) della collezione Gilbert e Thoinot (v'è anche la traduz. ital. dell'Unione Tipogr.-Editr. Torinese) un largo capitolo di Dupré e Ribierre, con indicazioni bibliografiche fino al 1911.

Nel recentissimo trattato di Sergent, Ribadeau, Dumas e Babonneis (Maloine, éd., Paris) del 1921, il capitolo sulla tubercolosi del peritoneo (vol. XVIII, p. II) è trattato brevemente ma esaurientemente da P. Pruvost.

t. p.

(1347) All'abb. n. 4842:

Per la cura dell'obesità alle tante indicazioni bibliografiche già fornite in altre occasioni aggiungiamo il volume XXVIII del trattato di Sergent in cui il capitolo *Regimi alimentari* è largamente svolto dal Rathery.

t. p.

(1348) Al dott. V. R. da M.:

Il Manuale di patologia interna del Dieulafoy è sempre uno dei migliori libri francesi, espressione della mentalità di un grande clinico. Non esiste traduzione italiana dell'ultima edizione francese; naturalmente ogni libro di medicina porta con sè tutte le deficienze e gran parte degli errori del tempo in cui è stato scritto.

t. p.

VARIA

Un medico italiano all'estero per la idrologia italiana.

Nella *Semana Medica* di Buenos Aires, che è reputata il più autorevole periodico sanitario dell'Argentina, un valoroso nostro connazionale, il dott. Antonio D'Alessandro, pubblica un notevole lavoro, nel quale tratta delle acque minerali italiane, esponendo con singolare franchezza concetti e fatti di notevole interesse. Ci permettiamo di ricordarne alcuni, traducendo letteralmente dal testo originale (*La Semana Medica*, 17 febbraio 1921):

Già nel 1900, in un Congresso sanitario tenutosi a Napoli, il dott. D'Alessandro aveva affermato che « in Italia acque minerali straniere inutili si trasformano in miracolose; mentre moltissime italiane, veramente miracolose, non sono conosciute per mancanza di opportuna propaganda ».

Trovandosi in Argentina ormai da molti anni, il D'Alessandro ha potuto notare altresì questo fatto: « leggendo riviste mediche italiane di idrologia, vi si trova il nome di acque straniere; mentre in riviste idrologiche straniere non si incontra il nome di nessuna fonte italiana ». Ed aggiunge: « Ho letto attentamente libri di idrologia francesi e spagnoli, trovandovi appena il nome di due acque italiane di secondaria importanza e comunque ricordate appena di sfuggita; le altre molte, veramente importanti, quei signori scrittori, fraternamente latini, si guardano bene dal ricordare ». « Rara concordia fratrum ».

« Scrivano ciò che credono; non si distrugge con questo la verità tangibile, e cioè che tutte le varietà di acque minerali e termali convergono nel suolo d'Italia; così che può affermarsi che l'Italia è veramente in condizione da potersi emancipare da tutto il resto del mondo, per quanto si riferisce alla idrologia; mentre tutto il mondo può aver bisogno dell'Italia, in questo campo ».

Ricorda quindi gli studi di una dottoressa argentina, Natalia Sales, intorno alle acque termominerali dell'Argentina, con la constatazione, nel suo libro, che acque jodobromiche non sono ancora state trovate nel ricco sottosuolo di quella regione, pur essendo probabile che ne esistano. Si rallegra quindi moltissimo il Dr. D'Alessandro che si annunzi la introduzione in Argentina delle acque di Salsomaggiore, dei sali naturali, dei fanghi, ecc., ed espone minutamente i concetti scientifici ed i fatti terapeutici sui quali si basa la fama ormai quasi secolare delle cure salsesi, che si augura siano al più presto degnamente conosciute dai colleghi argentini.

Senza entrare in dettagli intorno a quanto l'egregio connazionale e collega, intessendo una vera e razionale apologia delle acque salsoiodiche e di tutte le altre italiane, è certo che fa piacere il constatare come siavi chi, con animo ad un tempo di italiano e di studioso, sappia affermare all'Estero che l'Italia nella idrologia (come in molte altre cose) è stata dalla natura messa ad un posto eminente, e niuno può toglierle una tale evidente posizione.

A. S.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Mutue di medici.

È proverbiale il caso del calzolaio mal calzato, del sarto mal vestito.... Allo stesso modo non è raro che un medico trascuri la propria salute: non ha il tempo o la voglia di recarsi dal collega dentista per farsi otturare un dente o dal collega oculista per farsi prescrivere un paio di lenti adatte o dal collega in pratica generale per accertare la natura dei disturbi che lo affliggono e il trattamento da opporvi.

Lesioni gravi maturano nel medico per trascuratezza: troppo preoccupato di curare gli altri, li antepone a se stesso. Talvolta questa attitudine mentale diviene causa di drammi di cui ci offrono esempi le necrologie che leggiamo nei periodici professionali: molti medici cadono sulla breccia, abbattuti da malattie che avrebbero potuto essere tenute a bada ancora per molti anni.

Anche nei riguardi dei propri famigliari i medici fanno valere poco la propria esperienza e la propria dottrina. Non sappiamo che i migliori medici sono inadatti a curare le persone che vivono sotto il loro tetto? Abituati a trattarle con molta confidenza, non hanno più l'ascendente e il prestigio necessarî per imporsi; preoccupati, perplessi, proclivi a correggersi, svelano le deficienze della propria arte; deboli e condiscendenti, divengono pessimi consiglieri.

Fin'oggi i medici si sono aiutati tra loro nei casi di malattia propria o delle persone di famiglia; si sono gratificati dell'assistenza reciproca. Ma questo sistema non è immune da inconvenienti: alcuni medici sono riluttanti a profittare di colleghi troppo assorbiti dalla professione: ho saputo di un medico di Roma il quale si reca a Napoli per farsi esaminare e curare i denti, non volendo esimersi dal pagamento e non potendolo fare a Roma, dove è conosciutissimo. Viceversa altri medici sono portati ad abusare del tempo e del lavoro di colleghi sovraccarichi d'impegni. Si dà anche il caso di medici colpiti da affezioni croniche, i quali non riescono ad ottenere le visite dei colleghi, malgrado tutte le insistenze; a volte sarebbero felicissimi di potersi disobbligare, corrispondendo la retribuzione.

***

Non entra solo in campo il problema sanitario: ancora più assillante è quello economico. Un medico malato non può più accudire con impegno alla professione o deve rinunziarvi del tutto; vengono così ad esaurirsi le fonti stesse della sua esistenza: egli è costretto a vivere nel disagio, qualche volta cade nell'indigenza. Se anche è stipendiato, se anche è un medico condotto, continuerà a ricevere lo stipendio, in tutto od in parte; ma verranno a mancargli i proventi complementari, che spesso superano lo stipendio.

Quando la disgrazia si abbatte sul medico, nessuno più pensa ai benefizî che egli ha reso alla società. Un esempio tipico ci è offerto dai medici pensionati: vittime del rincaro generale, portano melanconicamente in giro la loro povertà decorosa e rassegnata, qualora non dispongano di risorse estranee alla pensione o non siano ancora in grado di lavorare: nessuno più si occupa dei loro casi; la loro sorte può destare una sterile commiserazione, ma non interessa quasi più neppure le associazioni professionali!

Anche le malattie delle persone di famiglia del medico arrecano dissesti economici, talvolta assai gravi: si pensi alla consorte affetta da una grave malattia cronica e che non possa più accudire alla casa e che reclami un'assistenza assidua, mentre il marito è attanagliato da doveri professionali improrogabili.

La morte del medico ha spesso conseguenze funeste per le persone che gli sono care: la vedova resta, non di rado, nella miseria, appena mascherata o velata da una parvenza di pensione.

***

La costituzione di mutue permette di evitare o fronteggiare questi contrattempi, queste difficoltà, questi dolori.

La Mutua tra medici ha il compito precipuo di sovvenire i soci colpiti da malattie e la cui capacità lavorativa è temporaneamente o permanentemente ridotta, nonchè quelli di cui si ammala gravemente od a lungo una persona di casa, imponendo gravi sacrifizi pecuniari.

Secondo noi, la mutua deve anche valere a risolvere il problema degli onorari tra i medici: il pagamento vien fatto dalla mutua, cioè da un ente impersonale. Ne troviamo già qualche esempio nella Francia. In tal modo viene a scomparire, certo, la *camaraderie* cordiale di un tempo: ricevere un compenso per il lavoro prestato a colleghi, potrà sembrare avvilente; ma ne deriva il vantaggio di rendere regolari e sicuri, attivi e frequenti, i rapporti professionali che interessano *ad personam*. I tempi volgono verso il positivismo e bisogna adattarvisi.

La mutua può anche assumere dei còmpiti collaterali, tra cui il credito: sovvenire nei casi di bisogno, consentire l'esplicazione di progetti che necessitino un finanziamento, come fondazione di ambulatorî, di case di salute, di centri medici, di istituti per la propaganda igienica, accettare depositi, garentire operazioni, ecc.

Se pure volesse astrarsi, almeno in primo tempo, da queste finalità, il mutualismo esercitato *more solito* per fronteggiare i casi di malattia, dovrebbe richiamare tutta l'attenzione del corpo medico, guadagnarne le simpatie e il concorso premuroso.

***

L'iniziativa di costituire una Mutua tra i medici condotti, affermatasi al Congresso di Napoli, parve in principio molto ardita. Sembrava quasi impossibile che dei professionisti portati all'ultra-individualismo, come sono i medici, si decidessero ad applicare a se stessi le idee di previdenza mutualista. Molti si sorpresero; la maggior parte rimase interdetta. Il tentativo aveva qualche cosa di rivoluzionario. Eppure l'intrapresa è ormai bene avviata: per quanto non siano trascorsi che pochi mesi dal Congresso, la mutua raccoglie quasi un migliaio di soci, e questi aumentano di continuo: non è avventato sperare che essa finirà per estendersi a quasi tutti i medici condotti (1).

Il tentativo, che doveva ottenere tanto felice esito, non era senza precedenti, ma questi avrebbero potuto piuttosto scoraggiarlo... Da un'ottantina d'anni in Lombardia (2) e da venticinque anni in Liguria (3) sono state costituite e funzionano due modeste mutue, le quali contano un ristretto numero di soci ed esplicano un'azione limitatissima.

La Mutua dei medici condotti, invece, ha una portata vasta, una base nazionale; la sua efficienza finanziaria previdibile è scarsa, ma promettente. Potrà essere consolidata; intanto merita un plauso pieno e incondizionato.

Ma, a nostro avviso, importerebbe di provvedere a tutte le categorie di medici, in specie ai liberi esercenti, i quali sono molto più esposti dei medici condotti alle conseguenze rovinose delle malattie. Noi perciò preconizziamo la costituzione di una mutua tra i liberi esercenti; o meglio proponiamo che la Mutua dei condotti venga estesa a tutti i medici; meglio ancora: che lo sia a tutte le classi sanitarie, ai farmacisti, ai veterinari, alle levatrici.

Le nostre classi sanitarie sono ora troppo slegate tra loro, s'ignorano, o quasi, reciprocamente — salvo nei contatti professionali, sempre ristretti, esclusivamente personali e quasi sempre fugaci; sarebbe bene che si stabilisse tra loro una maggiore fratellanza, la quale potrebbe giovare non solo nel campo economico, ma in quello scientifico (basti pensare ai rapporti affermatisi in Francia tra la medicina umana e quella veterinaria ed ai vantaggi reciproci che ne sono derivati), come pure nel campo sociale ed anche in quello politico.

Più sono vaste le Mutue, meglio tollerano i rischi, più ne sono salde le basi; perciò non si deve temere ad estenderle.

Una Mutua sanitaria nazionale a larga base costituirebbe un blocco di più portato al futuro edifizio delle assicurazioni sociali contro le malattie; essa permetterebbe di estendere e rassodare l'esperienza delle classi sanitarie nel campo del mutualismo.

L. Verney.

---

(1) Lo statuto e il regolamento della Cassa di M. S. tra i M. C. sono in corso di stampa. Promotore, animatore e presidente della Mutua è il dott. Romano Ceramicola di Arquà Polesine (Rovigo). Per le adesioni e le inscrizioni rivolgersi al dott. Daniele Corobbio, a Cologno Monzese (Milano).

La Mutua comincerà a funzionare il 1° luglio prossimo.

(2) La Società di M. S. fra i medici-chirurgi della Lombardia ha sede in Milano (Foro Bonaparte 61); è presieduta dal dott. U. Rusconi: non conta che un centinaio di soci; ha quasi mezzo milione di capitale; distribuisce ogni anno circa 10.000 lire di sussidi: ai soci malati accorda diarie fino a L. 600 annue se il contributo annuo non supera L. 30 (aumentando il premio, aumenta la diaria); accorda borse di studio ai figli dei soci, ecc.

(3) La Società Medica Ligure di Mutuo Soccorso ha sede in Genova (Piazza De Ferrari, Palazzo dell'Accademia di Belle Arti); è presieduta dal dott. E. Lisania; conta poco più di 250 soci (alla fine del 1920 erano 253: il loro numero va aumentando); ha poco più di 61.000 lire di capitale; distribuisce circa 4,000 lire di sovvenzioni all'anno. (Le quote sono ancora quelle stabilite con lo Statuto di fondazione del 1897). Ne possono far parte medici, veterinari, farmacisti, dentisti muniti di diploma universitario.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

Marchetti Bruno. *Tre casi di tabe trattati con i raggi ultravioletti mediante la lampada di quarzo.* — Recanati, 1919.

Mazzoni L. e Palumbo V. *Sulla depilazione col radium applicata alla cura dei tignosi.* — Milano, 1920.

Franco P. M. *La diagnosi della malattia di Grancher mediante la fonacoscopia.* — Napoli, 1920.

Rodriguez-Fornos F. *Conferencia dada en esta Corporación (Real Academia Nacional de Medicina).* — Madrid, 1920.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8837) *Spesa per i certificati in caso di infortunio - A chi incombe.* — Dott. abbonato n. 1575. — Il certificato attestante l'avvenuto infortunio è a spesa dell'esercente o capo dell'industria; quello di continuazione della infermità a carico dello Istituto assicuratore tranne che l'infortunato non abbia diritto alla cura ed assistenza gratuita e l'ultimo, attestante la guarigione, è anche a carico dello Istituto assicuratore.

(8838) *Concorsi - Limite di età.* — Dott. abbonato 1713. — Il servizio interinale prestato prima del concorso vale per far esentare il medico concorrente dal limite di età, stabilito dal Municipio nel bando di concorso.

(8839) *Riduzione della zona di condotta.* — Dottor E. L. da S. — Il Comune è sempre libero di ridurre nell'interesse del servizio la zona della condotta mantenendo integro lo stipendio assegnato al medico.

(8840) *Sessennii - Assegno di anzianità.* — Dottor B. V. da C. — L'assegno di anzianità (che si ignora cosa sia ed in che consista) non può distruggere il diritto al sessennio, che è cosa ben separata e distinta. Ma, a nostro avviso, dovrebbe percepire l'aumento sessennale non ostante sia provvisto dell'assegno di anzianità. Sulla indennità caro-viveri si paga l'imposta di R. M.

(8841) *Stabilità - Medico-chirurgo ospedaliero.* — Dott. abbonato 2196. — I medici-chirurgi delle Opere Pie e, quindi, degli ospedali, non acquistano giammai la stabilità nella carica tranne che non compiano servizio di condotta in luogo e vece di medici comunali. Ella, quindi, non ha acquistato alcun diritto a riguardo dell'ospedale: potrebbe averli acquistati a riguardo del Comune, in cui, come almeno rilevasi dal quesito, presta servizio da molti anni con distacco all'ospedale con le funzioni di chirurgo come il più anziano.

(8842) *Servizio militare - Pensione.* — Dott. M. P. da C. M. — Il periodo di tempo trascorso sotto le armi durante la guerra non è perduto se Ella ha dichiarato di rimanere tuttora inscritto alla Cassa di previdenza o non abbia altrimenti dichiarato volontà contraria ed abbia, a mezzo del Comune presso cui serviva pagato il contributo prescritto. Se non si è a tanto adempiuto, quel periodo di tempo non può essere riscattato.

Doctor JUSTITIA.

***

Servizio medico-militare. — Al dott. G. S. da R.: Non avendo Ella prestato servizio con reparti di truppa combattente non ha diritto alla polizza di assicurazione. M. G.

ERRATUM. — Nella «Posta degli abbonati» pubblicata sul fasc. scorso, sotto il n. 1335, a pagina 737, riga 20, leggere: «Il tempo più delicato è il III», ecc.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere in seguito a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

14. Provincia di *Caltanissetta*: Dott. Dell'Aira Giuseppe, del Comune di Caltanissetta, L. 400 — Dott. Rizzo Francesco, del Comune di Valguranera, L. 200 — Dott. Leone Giuseppe, del Comune di Gamofranco, L. 150 — Dott. Di Prima Raffaele, del Comune di Castrogiovanni, L. 150 — Dottor Crescimone Rosario, del Comune di Niscemi, L. 150 — Dott. Pappalardo Salvatore, del Comune di Piazza, L. 150 — Dott. Camalò Antonino, del Comune di Acquaviva Platani, L. 100 — Dottor Mazzola Francesco, del Comune di Aidone, L. 100 — Dott. Mattina Benedetto, del Comune di Barrafranca, L. 100 — Dott. Federico Rocco, del Comune di Butera, L. 100 — Dott. Tinebra Vincenzo, del Comune di Delia, L. 100 — Dott. Ferrara Vincenzo, del Comune di Marionopoli, L. 100 — Dottor Giunta Rocco, del Comune di Mazzarino, L. 100 — Dott. Di Francesco Giuseppe, del Comune di Montedoro, L. 100 — Dott. Mancusa Salvatore, del Comune di Mussomeli, L. 100 — Dott. Nicoletti Antonino, del Comune di Pietraperzia, L. 100 — Dott. Ianni Giuseppe, del Comune di Riesi, L. 100 — Dott. Mancuso Salvatore, del Comune di S. Cataldo, L. 100 — Dott. Benza Pasquale, del Comune di S. Caterina, L. 100 — Dott. Piazza Gaetano, del Comune di Serradifalco, L. 100 — Dott. Cigno Alfonso, del Comune di Sommatino, L. 100 — Dott. Vaccaro Antonino, del Comune di Sutera, L. 100 — Dott. Di Bartolo Angelo, del Comune di Terranova, L. 100 — Dott. Cipolla Giovanni, del Comune di Vallelunga, L. 100 — Dott. Mulè Michele, del Comune di Villalba, lire 100 — Dott. Restivo Salvatore, del Comune di Villarosa, L. 100 — Dott. Sorriso Valvo Giovanni, del Comune di Calascibetta, L. 100.

15. Provincia di *Pavia*: Dott. Servetti Giuseppe, del Comune di Voghera, L. 500 — Dott. Perini Egidio, del Comune di Pavia, L. 500 — Dott. Sacchi Mario, del Comune di Vigevano, L. 500 — Dott. Merlo Giuseppe, del Comune di Casatisma, L. 300 — Dott. Ottimi Giuseppe, del Comune di Maghermo, L. 300 — Dott. Albani Pietro, del Comune di Villanterio, L. 300 — Dott. Barbieri Giuseppe, del Comune di Bressana, L. 300 — Dottor Secondi Gaetano, del Comune di Casorate, L. 300 — Dott. Morandi Carmelo, del Comune di Linarolo, L. 300 — Dott. Dogliani Francesco, del Comune di Miradolo, L. 300 — Dott. Guelmi Guglielmo, del Comune di Pieve P. Morone, L. 300 — Dott. Lavezzi Orazio, del Comune di Pinarolo Po, L. 300 — Dott. Arrigoni Costanzo, del Comune di S. Zenone Po, L. 300 — Dott. Astolfi Giovanni, del Comune di Portalbera, L. 200 — Dottor Borelli Benedetto, del Comune di Cigognola, L. 200 — Dott. Castagnola Vito, del Comune di Terrazza Costa, L. 200 — Dott. Perotti Ernesto, del Comune di S. Cristina, L. 200 — Dott. Ganassini Luigi, del Comune di S. Martino Siccomario, L. 200 — Dott. Giovinazzi Attilio, del Comune di Retorbito, L. 200 — Dott. Catalani Giuseppe, del Comune di Rovegno, L. 200 — Dott. Anselmi Beniamino, del Comune di Basti da Pancarana, lire 200.

CONCORSI.

CANINO (*Roma*). — L. 7000 fino a 2000 poveri; L. 1.20 per ogni povero in più; due c.-v.; 5 quadrienni del decimo. Scad. 10 giugno.

CINIGIANO (*Grosseto*). — L. 7000, per Fano d'Ombrone (in corso d'approvaz. aumento a L. 12,000); due c.-v. Scad. 15 giugno.

CITTADELLA (*Padova*). — Riparto A; L. 7200 oltre L. 2 per ogni povero in più dei 1200; due caro-viv.; indennità annua a seconda della qualità del mezzo di trasporto. Scad. 31 maggio.

CONEGLIANO (*Treviso*). — 3° Riparto; a tutto 15 giugno. L. 6000, e 1/10 per cinque quinquenni; L. 2 ogni povero in più di mille; L. 1800 annue per mezzo trasporto; due caro-viv.; assicurazione contro gl'infortuni professionali a carico del Comune. Rivolgersi all'Ufficio Protocollo.

MELENDUGNO (*Lecce*). — Frazione Borgagni; lire 5000; caro-viv.; quattro quinquenni del decimo. Scad. 10 giugno.

ONANO (*Roma*). — L. 7000 fino a 2000 poveri; L. 1.50 ogni povero in più; L. 300 quale uff. san.; L. 500 per disagiata residenza. Scad. 31 maggio.

OSTIGLIA (*Mantova*). — 1ª cond.; L. 6750; due c.-v.; quadrienni del decimo; Ospedale Civico. Scad. 7 giugno.

PARMA. *Consorzio Parmense di Beneficenza.* — Direttore del Sanatorium di Salsomaggiore. Alle ore 17 dell'11 giugno, presso l'Amministrazione del Sanatorium (sede in Parma, Piazza Garibaldi, 1), per titoli. Età 30-45 anni (salvo disposizioni del R. D. 18 settembre 1919, n. 1825); libera docenza in un ramo delle discipline mediche, oppure direzione di un ospedale di almeno 200 letti o di un grande stabilimento sanitario. Il limite di età non ha valore per i medici in servizio presso il Sanatorium da almeno qualche anno. Stipendio lire 14,000; caro-viveri pari a quello concesso dallo Stato.

Alle ore 17 del 18 giugno concorso a medico interno del Sanatorium. Età 25-35 anni, salvo limitazioni di cui sopra. Stipendio L. 10,000 e caro-viveri c. s.

Per la nomina del Direttore e del Medico interno il Consiglio si riserva la più ampia libertà di scelta, come pure di non procedere a nomina alcuna, quando, a proprio insindacabile giudizio, ritenesse che nessuno dei concorrenti presentasse sufficienti garanzie di saper reggere il posto a cui aspira, tenute presenti sempre però le disposizioni di cui al R. D. 18 settembre 1919, n. 1825.

Nomina provvisoria biennale. Obbligo di risiedere in permanenza a Salsomaggiore e divieto dell'esercizio privato.

POGGIO BERNI (*Forlì*). — L. 8000 con 10 bienni del ventesimo; due c.-v.; L. 2500 per cav.; L. 1000 per uff. san. Scad. 31 maggio.

RENATE (*Milano*). — Poveri del consorzio con Veduggio; L. 7000 oltre L. 500 quale uff. sanit. Caro-viv. L. 1000 alla stabilità. Scad. 31 maggio.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Proroga al 31 mag.

SALTARA (*Pesaro*). — L. 10,400, compreso uff. san.; due c.-v.; L. 2300 per cav. Scad. 10 giugno.

SERNAGLIA (*Treviso*). — Il concorso a medico-chirurgo scaduto il 15 aprile u. s. è prorogato al 10 giugno p. v. L'eletto avrà alloggio gratuito e doppio caro-viveri.

SERRAVALLE (*Bologna*). — Proroga al 31 maggio; 2ª condotta; L. 8000; quattro trienni ed un quinquennio di L. 600; due caro-viv.; restituzione della R. M. fino a L. 5000; abitaz.; L. 3000 per mezzo trasp.; assicuraz. Chiedere annunzio.

TREDOZIO (*Firenze*). — L. 6000, due c.-v.; otto trienni del decimo; L. 2000 per cav. Scad. ore 20 del 5 giugno.

Medico-chirurgo cerca interinato ovunque. Scrivere: Dott. Milano, via Urbana, 20 - Roma.

Medico-chirurgo, 9 anni di laurea, pratico condotta, cerca buon interinato per i mesi di giugno-ottobre, preferibilmente Italia settentrionale.

Scrivere: Dott. Emilio Morina, via Alfredo Cappellini, 3 - Roma.

Medico-chirurgo giovane, lunga pratica professionale, cerca buon interinato. Libretto ferroviario 158959, fermo posta - Napoli.

Il Comune di Cori cerca un medico-chirurgo interino per cura dei poveri della frazione di Giulianello. Stipendio in ragione L. 7000 annue, oltre compensi supplenza sanitari capoluogo e doppia indennità caro-viveri. Abbienti e semi-abbienti tenuti pagamento visite. Domande e documenti al Sindaco.

Accetterebbesi buon interinato. Scrivere: Dottor Giannini Calcedonio, via Merulana, 105 - Quartiere 24 - Roma.

BERGAMO. — La Commissione Pellagrologica provinciale indice un concorso a premi fra ingegneri ed architetti delle provincie di Bergamo, Milano, Como, Brescia, Cremona, Verona, Vicenza, Padova, per un progetto particolareggiato di due case-tipo per il lavoratore dei campi (casa colonica in collina ed una in pianura), allo scopo di migliorare le costruzioni rurali dal punto di vista della prevenzione e cura della pellagra. Apposite norme di concorso saranno a richiesta inviate agli interessati. Saranno concessi 3 premi: 1. Premio di lire *duemila*, nette; 2. Premio di lire *mille*, nette; 3. Premio di lire *cinquecento*, nette.

I concorrenti dovranno far pervenire i loro lavori entro il termine di tre mesi dal 10 maggio, in pacco raccomandato e indirizzato alla Commissione Pellagrologica di Bergamo, secondo le norme solite.

I progetti premiati resteranno di completa proprietà della Commissione, che ne curerà la pubblicazione in apposito volume, qualora ritenga che i singoli progetti abbiano un alto valore assoluto, oltre che relativo alla graduatoria stabilita.

Esami per medici di bordo.

La *Gazzetta Ufficiale* del 30 aprile, n. 102, pubblica un decreto del Ministro dell'Interno, in cui sono stabiliti il programma degli esami per i medici che aspirano ad essere autorizzati a viaggiare come medici di bordo. Deficienze di spazio ci impediscono di riprodurlo. Gl'interessati potranno avere copia del numero richiedendolo direttamente al Ministero dell'Interno, Palazzo Viminale, Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

La Croce Rossa giovanile.

Durante la guerra, parecchie Società nazionali della Croce Rossa arruolarono la gioventù del proprio paese. L'esempio fu ben presto seguito da altre Società nazionali, e il Consiglio Generale della Lega delle Società della Croce Rossa approvò questa iniziativa, ispirata soprattutto dal desiderio di far partecipare i fanciulli all'opera umanitaria della Croce Rossa. Lo scopo iniziale si è andato estendendo ed ha assunto un significato educativo; il nuovo movimento tende attualmente a trasformarsi in una lega mondiale dei fanciulli.

La collaborazione dei maestri e l'entusiasmo dei fanciulli hanno permesso alle Società nazionali di reclutare finora più di 12 milioni di giovani soci.

L'esperienza ha dimostrato che l'organizzazione della Croce Rossa giovanile deve basarsi su due principî fondamentali: 1° I fanciulli non debbono formare un'organizzazione separata; essi costituiscono un gruppo speciale nel seno stesso della Società nazionale. 2° È indispensabile una completa cooperazione delle autorità scolastiche e del corpo insegnante.

Due metodi di reclutamento sono in vigore nella Croce Rossa giovanile. Nel Canadà il reclutamento è individuale, mentre è collettivo negli Stati Uniti e in Czeco-Slovacchia.

Il primo metodo sviluppa nel fanciullo un sentimento più vivo della propria responsabilità; il secondo favorisce un reclutamento più numeroso.

I soci della Croce Rossa giovanile debbono potersi render conto che essi fanno parte della grande Croce Rossa del loro paese.

Negli Stati Uniti il «Junior Red Cross News» (*Giornale della C. R. giovanile*) si vende a prezzo di costo ed è diffuso in più di 300,000 gruppi scolastici. In Czeco-Slovacchia si pubblica pure una rivista. Queste pubblicazioni tengono al corrente i soci sull'opera svolta dai loro compagni, compatriotti o stranieri; i maestri vi trovano notizie interessanti per i loro corsi di storia, di geografia e di letteratura.

Uno degli scopi della C. R. giovanile è d'insegnare al fanciullo ad aver cura della propria salute ed a proteggere la salute altrui. Con conferenze regolari verranno istruiti i giovani soci sui principî fondamentali d'igiene. Verrà organizzato anche l'insegnamento dei doveri civili e di solidarietà umana, l'insegnamento di lavori manuali (di cucito, in legno, giocattoli, forniture da ospedale, ecc.).

Formuliamo caldi voti per il buon successo di questa iniziativa, che troverà fautori e promotori anche in Italia.

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla sede centrale della C. R. I., Roma, via Toscana 10.

Consiglio Nazionale di Antropologia.

La Società Romana di Antropologia insieme con la Società Italiana di Antropologia ed Etnologia di Firenze, di comune accordo, hanno deliberato di costituire, insieme riunite, il *Consiglio Nazionale Italiano* aderente all'*Istituto Internazionale di Antropologia.*

In conseguenza di tale deliberazione sono ritenuti membri del Consiglio Nazionale Italiano tutti i soci appartenenti alle due Società.

L'*Ufficio Nazionale* di questo *Consiglio* viene costituito permanentemente dai membri dei due Consigli direttivi delle due Società, da tutti i Direttori degli Istituti italiani di Antropologia e da alcuni altri cultori eminenti di studi antropologici, sui nomi dei quali i Consigli direttivi delle due Società si trovano d'accordo.

***

La Società Romana di Antropologia ha tenuto il 3 maggio, sotto la presidenza del prof. Augusto Giannelli, una riunione in cui furono lette comunicazioni scientifiche dei soci proff. G. Sergi, V. Giuffrida-Ruggeri, G. Pansa.

Comitato romano antitubercolare.

Il Comitato Romano della Lega Italiana contro la Tubercolosi, nell'intendimento di esplicare il suo programma d'azione anche nella parte che riguarda la propaganda, ha creduto necessario nominare una Commissione coll'incarico di promuovere più fervidi consensi e più largo interessamento del pubblico intorno alla lotta antitubercolare in Roma.

Occorre pertanto che, a questo scopo, sia fatto presente ad ogni classe di cittadini il dovere di concorrere con appoggi materiali e morali proporzionali all'opera che il Comitato Romano va, da tempo, attivamente svolgendo nel campo della profilassi antitubercolare.

La Commissione ritiene che il successo di tale partecipazione non possa meglio assicurarsi, che richiedendola soltanto periodicamente, in un giorno fisso dell'anno. Questa *giornata della Tubercolosi,* di cui demmo già notizia, sarà organizzata dal Comitato Romano, non solo per affermazione di solidarietà umana verso i colpiti e i minacciati dalla tubercolosi, ma per fare opera di educazione igienica, e provvedere ad urgenti istituzioni assistenziali.

La possibilità della pietosa ricorrenza può solo raggiungersi coll'adesione di tutte le forze vive della Capitale, dalle più umili alle più elevate. Esse soltanto possono sorreggere colla loro autorità, con i loro mezzi e colla loro collaborazione l'iniziativa del Comitato Romano. A tutte perciò il Comitato ha rivolto il suo appello chiedendo la *designazione del proprio Rappresentante.* In un'adunanza plenaria, convocata il giorno 23 maggio, nella Sede dell'Ordine dei Medici (Piazza Foro Traiano, n. 1), alle ore 17, il Comitato esecutivo ha esposto e sono stati discussi i particolari del programma.

Nel giornalismo medico.

In seguito a determinazione del Ministero della guerra, il ten. colonnello medico prof. dott. A. Casarini ha assunto la direzione del «Giornale di Medicina Militare».

Esprimiamo il nostro cordiale compiacimento per questo incarico affidato ad un insigne studioso, valente ed appassionato giornalista medico, il quale sa lavorare circondandosi di modestia e di silenzio e intende il giornalismo medico come un'alta, austera, nobile missione.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Archivos de Cardiolovia y Hematologia, apr. — R. Nówa Santos. Il terzo tono fisiologico. — L. Calendre. Prognosi e terapia delle aritmie.

Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang., mar. — L. Gallevardin. Aritmia lenta completa da blocco parziale. — E. Donzelot. Anatomia patologica del fascio auricolo-ventricolare.

La Radiologia Medica, mar. — Atti del III Congresso italiano di radiol. med.

Berliner Klinische Wochenschrift, 9 mag. — Hildebrand. L'artrite deformante delle grandi articolazioni e suo trattamento operativo. — Collier. Auto-noxine.

La Medicina Italiana, aprile. — A. Ruffini. L'organizzazione fisico-chimica della cellula e l'essenza delle sue azioni vitali. — A. Agosta. L'innervazione sensitiva del facciale.

La Presse Médicale, 30 aprile. — L. Rénon. Lo spirito della medicina francese: lezione inaugurale.

La Presse Médicale, 7 mag. — Ch. Aubertin ed E. Woillez. La curva oscillometrica radiale e tibiale nell'insufficienza aortica. — Kopaezewsky. I colloidi in terapia.

Zeitschrift für Tuberkulose, aprile. — A. Mayer. Anomalie costituzionali nella tubercolosi.

Giornale di Medicina militare, 1° maggio. — Gradenigo. Simulazione della sordità.

Zentralblatt für Chirurgie, 7 maggio. — E. Stiegel. Volvulo gastrico.

British Medical Journal, 7 maggio. — W. McAdam Eccles. Diagnosi precoce delle affezioni acute dell'addome.

Archives Médicales Belges, marzo. — F. Dawe. Alimentazione e nutrizione.

Zentralblatt für innere Medizin, 7 maggio. — E. Höller. Il rantolo orale.

The Lancet, 7 maggio. — G. Graham. Glicemia e glicosuria.

The Journal of the American Medical Association, 16 aprile. — W. H. Smith. Servizio medico adeguato alle comunità. — E. Snowden. Abruptio placentae.

Gazette des Hôpitaux, 7 maggio. — L. Brin. La mediastinite sifilitica.

Annales de Médecine, marzo. — A. Chauffard e J. Troisi'r. Gotta e colesterina.

Tumori, I (pubbl. 28 apr.). — F. Nassetti. I sarcomi primitivi delle cicatrici. — G. Bilancioni. Sarcoma melanotico della fossa nasale destra dopo ferita da fucile. — F. Putelli. Sul fibroma del padiglione auricolare. — L. Martinotti. Manifestazioni cutanee nelle emoblastosi.

La Riforma Medica, 14 maggio. — G. B. Farmachidis. Sul meccanismo d'azione delle ventose. — A. Cantilena. Encefalite e meningite tubercolare.

The Journal of the American Medical Association, 30 aprile. — H. J. Corper, H. Gauss e O. B. Rench. La resistenza alla tubercolosi. — P. D. White. La diagnosi delle affezioni valvolari croniche.

New York State Journal of Medicine, aprile. — H. L. K. Shaw. La pediatria sociale. — T. A. Rogers. L'infezione cronica delle tonsille.

Journal de Médecine de Bordeaux, 10 maggio. — G. Vergeley. Scarlattina ed eritema scarlattiniforme.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed resp.

ANNO XXVIII Roma, 6 Giugno 1921 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento: **Quei pochi associati che per economizzare tempo e spese postali rimandarono il versamento della quota integrativa dovuta pel loro abbonamento del trascorso 1920 al momento del pagamento dell'importo pel 1921, sono caldamente pregati di volersene ora rammentare.**

La misura della suddetta quota arretrata è:

Di L. 8	per l'Italia e Fr. 10	per l'estero per chi ricevette	la sola Sezione Pratica.
„ L. 12	„ Fr. 15	„ „ „	le Sezioni Pratica e Medica.
„ L. 12	„ Fr. 15	„ „ „	„ „ e Chirurgica.
„ L. 15	„ Fr. 20	„ „ „	„ „ Medica e Chirurgica.

Avvertiamo inoltre gli abbonati di Roma che la nostra Amministrazione non manderà ad incassare alle loro case e che perciò l'importo d'abbonamento dovrà essere inviato mediante cartolina-vaglia, oppure pagato nei nostri uffici dietro ritiro di analoga quietanza.

N. B. — Della cartolina-vaglia inviata in saldo dell'abbonamento deve conservarsi la relativa ricevuta.

L'AMMINISTRAZIONE.

MEDICINA SOCIALE.

Sulla valutazione e l'indennizzo delle inabilità residuate agli infortuni sul lavoro

Dott. prof. SALVATORE DIEZ
docente di patologia chirurgica
nella R. Università di Roma.

Per la valutazione delle inabilità permanenti consecutive agli infortuni sul lavoro la nostra legislazione ha adottato il così detto *sistema di lista* con cui, a parità di lesione, si attribuisce identica riduzione di salario, qualunque sia il mestiere esercitato dall'operaio e la sua età: è impedita così la valutazione della effettiva riduzione della capacità di guadagnare da cui è colpito l'assicurato.

L'art. 95 del regolamento in esecuzione alla legge degli infortuni degli operai, i cui criteri furono poi estesi agli infortuni in agricoltura, contiene, infatti, una tabella che indica il valore da attribuirsi alle lesioni e mutilazioni più comuni, senza tener conto di tutti gli altri elementi che, nei casi singoli, possono rendere più o meno grave la minorazione lavorativa. Sono così stabiliti criteri fissi di proporzione tra le funzioni delle singole parti dell'organismo e l'attitudine al lavoro prendendo per tipo un lavoratore generico ipotetico.

Gli stessi criteri, e con maggiore danno, poichè si tratta non solo di operai, ma di cittadini che esercitano le più svariate professioni, furono adottati anche nella legislazione sulle pensioni di guerra, tanto che vediamo la mano di un avvocato valutata alla stregua di quella di un operaio meccanico.

Il concetto che nella valutazione delle inabilità si debba tener conto del lavoro d'un tipo medio di operaio, non del lavoro specifico, ha prevalso nella giurisprudenza italiana (malgrado qualche giudizio difforme) anche per le lesioni non contemplate dalla tabella, in conformità allo spirito informatore della legge, che non consente l'adozione di criteri diversi a seconda che le lesioni siano elencate o no, e a quanto emerge dagli studi che prepararono la legge stessa.

Questo principio di identità e di fissità che è proprio del sistema di lista fu probabilmente adottato per semplicità di procedura e per evitare difficili accertamenti e soverchia disparità di giudizi, inconvenienti inevitabili se fosse stata ammessa la libera valutazione con la procedura attuale, che negli infortuni industriali fa di ogni medico un perito e di ogni magistrato un giudice. È stato possibile adottare sistemi più razionali ed equi in Germania, ove alla liquidazione degli infortuni sono preposti speciali organismi tecnici, i cui criteri sono unificati da un ufficio centrale. La via per la quale ci siamo incamminati anche in Italia, con la costituzione delle Commissioni arbitrali per gli infortuni agricoli, ci fa sperare che nella prossima ed auspicata riforma della legge sugli infortuni industriali sia radicalmente mutato l'attuale sistema di liquidazione, rendendolo, nell'interesse stesso degli operai, non solo più spedito, ma anche più equamente rispondente al danno effettivo di cui l'infortunio è causa.

Valutazione libera. — È evidente che per stabilire in modo che si avvicini alla realtà la minorazione lavorativa da cui è colpito un operaio infortunato sarebbe necessario: conoscere esattamente, mediante uno studio psicofisiologico, il valore dei diversi sistemi organici nei vari gruppi di mestieri; determinare se e in quale misura è possibile l'esercizio della professione primitiva o il cambiamento di mestiere; tener conto dei miglioramenti che è possibile ottenere con l'adattamento funzionale e l'esercizio. Nel giudicare sulla possibilità di un cambiamento di mestiere sarebbe necessario prendere in considerazione non solo il tempo che occorrerebbe all'operaio minorato per raggiungere nelle nuove mansioni un grado di perfezione tale da permettergli di conseguire un salario normale, ma anche il suo stato intellettuale, l'età, il sesso, le condizioni del mercato di lavoro nella residenza dell'assicurato. Un individuo giovane può, infatti, a parità delle altre condizioni, apprendere senza difficoltà un nuovo mestiere, e può raggiungere nell'esercizio di esso un alto grado di perfezione; le professioni cui possono dedicarsi le donne sono più limitate; non in tutte le località è possibile dedicarsi proficuamente a determinati mestieri.

Sia i miglioramenti ottenuti per effetto dell'adattamento funzionale, sia i progressi fatti nel nuovo mestiere dovrebbero essere periodicamente controllati, per l'eventuale revisione dell'indennizzo.

Io non disconosco che un'indennità spetti all'operaio solo per il fatto che è affetto da lesioni che *essenzialmente* e per tutta la vita minorino la sua integrità fisiologica, anche se da esse non derivi una riduzione di guadagno nel mestiere da lui esercitato. Troppe ragioni esistono che esigono si debba tener conto anche della debilitazione organica generale che colpisce l'operaio: quel che io sostengo è che, nella valutazione di queste minorazioni, si deve dare maggiore importanza al danno effettivo che a causa di esse egli risente nella capacità di lavorare e quindi nel salario.

Adottando simili criteri sarebbe superata la questione concernente i piccoli indennizzi che sono causa di sperperi considerevoli, e ai quali ha cercato di porre riparo la legge sugli infortuni agricoli. Lievissime imperfezioni fisiche, infatti, o mutilazioni minime contemplate nella tabella annessa all'art. 95, non solo non producono, il più delle volte, minorazione della capacità al lavoro specifico, ma contrastano col principio informativo della legge che parla di diminuzione essenziale dell'attitudine al lavoro generico, essenzialità che esige l'esistenza di un'effettiva e ponderabile minorazione, sia pure intesa nel senso fisiologico.

A questo proposito non si possono non deplorare alcuni giudicati che giunsero ad interpretare questo spirito della legge attribuendo indennizzi del 5 per cento anche a lesioni che non sono causa di minorazioni corrispondenti a quella minima voluta, ritenendo così che il 5 non fosse il minimo di invalidità indennizzabile, ma l'indennità minima da corrispondersi per conseguenze di infortuni. La legge sugli infortuni agricoli, interprete autentica e autorevole del concetto che guidò il legislatore negli infortuni industriali, elimina a tal proposito ogni dubbio.

Altri elementi trascurati od omessi del tutto sono il *valetudinarismo* e la *riduzione della vita utile lavorativa*. Su di essi io mi permetto specialmente richiamare l'attenzione degli infortunisti. Alcuni stati morbosi, infatti, specie derivanti da malattie interne, non sono causa

di riduzione di salario quando l'operaio può lavorare: essi però, per il fatto che non permettono un lavoro continuo, sia perchè esigono intermittentemente periodi di riposo, sia perchè danno luogo a riacutizzazioni che costringono l'operaio ad abbandonare il lavoro e a sottoporsi a cure, sono causa di riduzione della somma dei salari che il malato percepisce rispetto al sano entro un determinato periodo di tempo. Altri stati morbosi poi, come le nefro e cardiopatie, la tubercolosi, il diabete, se pure permettono nei periodi lavorativi di percepire un salario normale, danneggiano la capacità lavorativa in quanto accorciano, o con la morte prematura, o con una precoce invalidità, il periodo di rendimento economico dell'operaio che ne è affetto.

Altro criterio indispensabile per una razionale valutazione delle inabilità è quello riguardante l'*età* in cui si verifica la minorazione. Col sistema d'indennizzo basato sulle sei annualità del salario percepito all'epoca dell'infortunio, un vecchio ai limiti estremi della vita lavorativa viene a percepire un indennizzo eguale a quello d'un giovane divenuto invalido quando si trovava nella pienezza delle sue forze, con davanti a sè lunghi anni di rendimento lavorativo probabile. La disparità di trattamento che ne risulta è resa più grave dal fatto che un apprendista, in confronto dell'operaio adulto, percepisce un salario minore. È perciò che in Germania dell'età si tiene conto nelle tabelle d'indennità, e agli infortunati giovani viene, col crescere degli anni, aumentata la misura della rendita in conformità al maggior guadagno che si presume avrebbero conseguito nello svolgimento della normale carriera.

Indennizzo à forfait *e rendita vitalizia.* — Anche a prescindere da queste insufficienze, tutto l'attuale sistema d'indennizzo «una volta tanto» non corrisponde alle vere finalità della legge infortuni, che ha per scopo di compensare la diminuita capacità di guadagno per tutta la vita. La piccola somma che l'operaio percepisce se, in qualche caso, viene saviamente utilizzata per l'impianto di piccole industrie e di piccoli commerci, il più delle volte, anche quando non è notevolmente falcidiata dai compensi dovuti agli intermediari, è in poco tempo esaurita, e l'infortunato viene ben presto a trovarsi invalido e privo di risorse economiche. Nè, a eliminare questo inconveniente che si presenta molto serio specie per le gravi minorazioni, è sufficiente la disposizione che fa obbligo agli istituti assicuratori di versare alla Cassa nazionale di previdenza gli indennizzi corrispondenti alle inabilità superiori al 50 per cento per essere convertiti in rendita vitalizia, essendo nota la facilità con cui in pratica si elude a questa forma di tutela dell'operaio ottenendo dal Pretore lo svincolo o totale o parziale della somma versata. Più opportune sono le disposizioni della legge sugli infortuni agricoli, che prescrivono che l'indennità sia versata alla suddetta Cassa, senza possibilità di svincolo, quando risulti una rendita vitalizia non inferiore a lire 500 annue. Data l'esiguità, però, degli indennizzi attualmente corrisposti in tali infortuni, queste condizioni non si verificano che raramente, nè, trattandosi di gravi invalidità, la rendita corrisposta è sufficiente alle più strette necessità della vita dell'infortunato.

L'indennizzo dovrebbe essere corrisposto sotto forma di rendita vitalizia, in modo da poter integrare il salario di quanto effettivamente viene ad essere ridotto per le conseguenze dell'infortunio, secondo il sistema adottato per gli invalidi di guerra. Una simile radicale riforma importerebbe necessariamente radicali modificazioni all'attuale congegno assicurativo. Per garantire all'operaio, infatti, una pensione vitalizia, occorrono enti assicuratori statali a carattere permanente. All'infuori delle Ferrovie dello Stato e della Cassa Nazionale infortuni, gli altri istituti assicurativi non hanno stabilità di azione in «un futuro senza limitazione», come dice il Pisenti. È da sperare che l'istituzione di un ente per l'assicurazione globale contro le malattie, gli infortuni, l'invalidità e la vecchiaia, possa condurre all'introduzione del sistema d'indennizzo sotto forma di rendita, anche per non porre gli infortunati sul lavoro in condizioni meno favorevoli degli altri invalidi.

L'indennizzo mediante una rendita vitalizia risolverebbe anche, a mio modo di vedere, secondo criterio scientifico, la questione riguardante la *revisione* che artificiosamente, solo per esigenze pratiche, è nella nostra legislazione limitata ad un biennio. Non si può, difatti, sostenere che, specie per le malattie traumatiche del sistema nervoso e degli organi interni, «questo periodo è stato riconosciuto sufficiente ad accertare se i postumi morbosi si siano consolidati sopra uno stato ormai fisso o quasi». (Pisenti, *Rassegna Previd. Soc.*, n. 9-10, 1919). La revisione dovrebbe potersi fare in qualsiasi epoca, per mettere in relazione la rendita assegnata all'operaio con l'effettiva riduzione del salario che è conseguenza dell'infortunio. Con un sistema simile, il medico non sarebbe, inoltre, costretto ad emettere giudizi definitivi quando un *esito definitivo* della lesione non si è verificato, e quando

ancora possono intervenire miglioramenti o aggravamenti. La questione ha importanza specie per quanto riguarda l'adattamento funzionale e il danno potenziale insito in alcune malattie. È da tenersi presente che secondo la giurisprudenza prevalente il perito è costretto a considerare e trattare come permanente una invalidità la quale sia bensì temporanea, ma della quale non si possa determinare la durata, anche se è destinata a scomparire, come avviene nel caso delle neurosi; ciò perchè « l'assoluta indeterminatezza del periodo di tempo occorrente per conseguire la prognosticata scomparsa del postumo morboso porterebbe di necessità a differire *sine die* l'accertamento e la liquidazione della contestata indennità permanente ». (*Rivista critica,* 1916, 86). Certamente la revisione illimitata non può andare disgiunta dall'indennizzo a rendita, e l'una e l'altro presuppongono l'esistenza di istituti assicurativi indefinitamente stabili. Solo con questi mezzi si potrà ottenere che l'apprezzamento del danno derivante dalla compromissione o abolizione della capacità al lavoro non sia basato su presunzioni astratte, ma sulla riduzione del salario di cui l'infortunio è causa: così si pratica in Germania, ove la legislazione sugli infortuni può dirsi la più perfetta.

Premesse queste considerazioni critiche generali sul sistema di valutazione e di indennizzo in vigore nella nostra legge, passiamo ad esaminare i criteri che questa ci permette di adottare con le attuali sue disposizioni. Si deve innanzi tutto tener presente che « per capacità al lavoro » si deve intendere la capacità di produrre, per mezzo della propria attività fisica e mentale, un lavoro lucrativo.

La tabella dell'art. 95 del regolamento contempla una serie minima di lesioni che sono causa di invalidità, e precisamente quelle riguardanti le funzioni visiva e uditiva, e la perdita degli arti e dei loro segmenti. Siamo quindi ben lontani dall'avere una norma precisa di valutazione negli innumerevoli casi che si possono presentare nella pratica degli infortuni, vari non solo a seconda della gravità delle lesioni dei diversi organi, ma delle diverse combinazioni con cui in uno stesso organo, o in altre parti del corpo, possono coesistere più lesioni. È perciò che, pur tenendo presenti le indicazioni generiche della tabella, ed il criterio del lavoro generico, nella maggior parte degli infortuni la valutazione deve essere fatta caso per caso, prendendo in esame tutti gli elementi che in un organismo possono minorare le funzioni lavorative.

Sistemi organo-funzionali. — Primo criterio da tenere presente è che il cento per cento della capacità lavorativa non è la risultante della somma delle funzioni lavorative dei diversi organi, considerati nel loro insieme. Il fatto, dice il Gabrielli (*Rassegna Prev. Soc.*, n. 10, 1920), che è ritenuto colpito da invalidità assoluta l'operaio che abbia perduto o la vista, o le due mani, o i due piedi, o quel tanto delle funzioni della vita vegetativa o psichica che sono necessarie a mantenere un minimo di capacità al lavoro proficuo, dimostra che col cento si intende valutare la totalità di *una sola* di queste funzioni, non la funzione globale di tutti gli organi e sistemi. È sottinteso che devono considerarsi valevoli cento solo quei sistemi organo-funzionali la cui perdita, o alterata funzione, riduca totalmente la capacità a proficuo lavoro; deve ritenersi di valore assoluto minore, a seconda della loro importanza, la perdita totale di sistemi organo-funzionali che minorino soltanto, non aboliscano, la capacità al lavoro (ad esempio, la perdita dell'udito). Secondo questo concetto, nel corpo umano si devono distinguere vari sistemi, costituiti da funzioni di organi anatomicamente omogenei, ciascuno dei quali, nell'assegnare l'indennizzo, si deve valutare a sè.

Perdita anatomica e funzionale, totale o parziale, degli organi e dei segmenti degli arti. — L'abolizione assoluta e inguaribile della funzione di membra, arti e organi è equiparata alla perdita anatomica di essi, dice l'art. 95 già citato. Questa disposizione non può avere in tutti i casi il valore di norma tassativa. La perdita anatomica stessa delle membra può essere in alcuni casi indennizzata in misura superiore a quella indicata nella tabella, qualora sia resa più grave dalle condizioni del moncone, anormale per conicità e facile ulcerabilità, per cicatrici aderenti e dolorose, per neuromi, per fistole, che possono renderlo inadatto sia all'uso della protesi che al contatto con gli strumenti di lavoro. Non si può altresì accettare senza riserve il principio di equiparare la perdita funzionale a quella anatomica. In alcuni casi l'equiparazione riuscirebbe sfavorevole all'operaio: chi trovasi colpito da paralisi di un arto inferiore, ad esempio, trovasi in condizioni peggiori di un amputato, perchè non solo l'arto paralitico non può essere utilizzato nella statica del corpo, ma può ostacolare la funzione dell'altro: un dito intermedio della mano anchilosato in estensione o flessione completa danneggia la funzione prensile in

misura maggiore che se fosse amputato. In altri casi il principio verrebbe ad annullare tutti i vantaggi che la cura conservativa può dare nella utilizzazione degli arti mediante l'adattamento. La su accennata disposizione non può quindi avere che il valore di una indicazione di massima.

Per la perdita parziale delle funzioni è prescritto dallo stesso art. 95 che la riduzione del salario si determina sulla base di quanto è assegnato per la perdita totale degli stessi arti od organi, in proporzione del grado della funzionalità abolita. Secondo l'importanza, adunque, e l'estensione della minorazione ci allontaneremo in modo maggiore o minore dalla quota massima indicata nella tabella. Negli arti il grado di debilitazione sarà dato specialmente dalla posizione più o meno favorevole delle anchilosi, o, in caso di rigidità, dalle escursioni articolari più o meno utili alla funzione lavorativa. In un mio lavoro sull'adattamento degli arti traumatizzati (*Policlinico*, Sez. prat., 1914) ho accennato alla utilizzazione dei segmenti degli arti che è possibile ottenere secondo la loro posizione angolare. Occorre però rammentare che, anche quando non sono causa di disturbi dinamici, costituiscono menomazione delle funzioni di un arto le cicatrici dolorose ed ulcerabili, i disturbi di sensibilità, le nevriti, le nevralgie, i calli dolorosi, le fistole, le ulcerazioni ribelli a cure, i disturbi trofici e circolatorî, le artralgie.

Minorazioni derivanti da malattie degli organi della vita vegetativa e del sistema nervoso. — Non essendo queste malattie contemplate nella tabella, la valutazione dei loro esiti è lasciata al sano criterio del perito, il quale, come abbiamo già detto, deve prendere come base un tipo medio di operaio, un tipo medio di lavoro generico, un tipo medio di capacità lavorativa, nella legislazione vigente. Questa libertà di giudizio è resa necessaria dal fatto che non è possibile determinare in misura sempre identica il danno di cui possono essere causa i vari stati morbosi. Occorre ricercare, con le più minute prove funzionali degli organi malati, quali lavori la persona colpita può compiere, se ha bisogno di condizioni speciali di ambiente per lavorare, se può esercitare mestieri che richiedano di camminare, di stare in piedi o seduto, o di compiere sforzi, se ha bisogno di piccoli riposi. Di fronte a turbe psichiche, nervose e di equilibrio, si deve esaminare se l'operaio può eseguire lavori che richiedano intelligenza, attenzione, memoria, o speciali responsabilità, e se può lavorare in prossimità di macchine o in luoghi pericolosi. Occorre anche tener conto di altri elementi: il valetudinarismo e l'accorciamento della vita fisica o lavorativa cui già accennai.

Danno potenziale. — Una importante questione inerente alla valutazione degli esiti delle malattie è quella del così detto danno potenziale. L'inabilità lavorativa può essere, al momento del giudizio definitivo, in atto in tutta la sua gravità ed estensione, ma può anche non essersi totalmente manifestata, o possono sopravvenire, per la natura stessa della malattia, aggravamenti o complicazioni che mutino sostanzialmente le condizioni del soggetto. La revisione, limitata ad un biennio dalla data, si badi bene, dell'infortunio, non del giudizio (che può anche essere pronunziato a breve distanza di tempo dalla prescrizione), non può, nella maggioranza dei casi, invocarsi per ottenere una nuova valutazione. Deve l'operaio rimanere senza protezione contro queste eventualità? Il Pisenti (*Rivista di Med. leg. e Giurispr.*, 1918) è d'avviso che si debba dare un'indennità anche per l'invalidità in potenza quando si tratti di malattia il cui aggravamento futuro sarà certamente inevitabile, e nella quale vi siano manifestazioni anatomiche e funzionali il cui decorso fatale sia ineluttabile. Non ammette, al contrario, l'indennizzo quando gli organi non siano ancora malati, o l'infezione sia ancora latente e inattiva nel corpo, e l'assicurato abbia modo di evitare con cure il loro progresso. Egli ritiene, ad esempio, che nella sifilide non si possa ammettere una inabilità permanente per il semplice fatto che esiste l'infezione nell'organismo. A me pare che l'opinione del Pisenti sarebbe completamente accettabile se in qualsiasi epoca, senza limiti di prescrizione, si potesse procedere al giudizio di revisione come in Germania, Austria, Svizzera, Norvegia, Finlandia. Poichè, però, per ragioni giuridiche più che mediche, e specialmente per il fatto che l'indennizzo negli infortuni è un *forfait*, e che non è opportuno nei rapporti giuridici tra infortunato ed istituto assicuratore uno stato di incertezza che si prolunghi per anni, la revisione fu voluta limitare ad un breve periodo, io ritengo che la transazione non debba rivolgersi a danno dell'operaio in una legge eminentemente protettiva dei lavoratori.

Restringere la risarcibilità ai soli casi di aggravamento sicuro mi pare contrario a questo principio. Non è possibile, infatti, prevedere con certezza le diverse alterazioni morbose che a lunga distanza possono essere causate dalla infezione tubercolare o sifilitica, dal diabete, dalla nefrite, o da alcune malattie ner-

vose, come non è possibile prevedere con esattezza nè il valetudinarismo di cui potranno essere causa, nè l'accorciamento della vita fisica e lavorativa, elementi tutti che rientrano nel concetto del danno potenziale. Un'infezione come la sifilide, la quale inoculata che sia nell'organismo può dare luogo alle più varie e più gravi manifestazioni morbose, deve indennizzarsi, se dovuta ad infortunio, per il fatto che esiste, per la capacità potenziale insita nella sua stessa natura di produrre gravi minorazioni lavorative. A ciò si aggiunga che le precauzioni che dovrà adottare l'assicurato per evitare aggravamenti, i periodi di cura e le spese ad essa inerenti, sono danni economici che non devono gravare sull'operaio, specie in mancanza di leggi protettive contro le malattie. Nell'ammettere la risarcibilità del danno potenziale, perciò, occorre, a mio avviso, arrivare, se non al criterio di possibilità (da escludersi sempre nella infortunistica medico-legale), a quello di probabilità e calcolare a favore dell'operaio, nel *forfait*, non solo tutto ciò che è inevitabile, ma anche ciò che razionalmente appare probabile: solo così la transazione non sarà svantaggiosa per una sola delle parti: l'operaio da proteggere!

Coesistenza di più lesioni. — Il fatto è contemplato dall'art. 95, che prescrive: in caso di perdita di più membra od arti, od organi, o di più parti dello stesso organo, la riduzione del salario deve essere determinata di volta in volta, tenendo conto di quanto effettivamente è stata diminuita l'attitudine al lavoro, seguendo *possibilmente* le norme indicate per le riduzioni corrispondenti alle singole lesioni.

Per i criteri già esposti sull'autonomia con cui devono essere considerati i diversi sistemi organo-funzionali, a me pare occorra distinguere se le lesioni siano state riportate contemporaneamente nello stesso sistema, o in sistemi tra loro funzionalmente indipendenti.

Nel primo caso io ritengo che soltanto in linea di massima dobbiamo attenerci alla su accennata disposizione. Qualora, ad esempio, vi sia perdita di più dita di una mano non possiamo adottare il criterio di sommare le indennità previste per ciascuna delle dita perdute: si potrebbe venire all'assurdo di raggiungere od oltrepassare il valore attribuito alla mano intera, quando invece non si tratta che di perdita parziale della sua funzione. In altri casi, come nella perdita delle due dita intermedie, la somma andrebbe a svantaggio dell'operaio, specie nella mano destra, essendo essa inferiore al valore che risulterebbe dalla valutazione della minorazione globale che deriva alla mano stessa. È pure svantaggiosa la somma nel caso di lesioni funzionali di segmenti di arti che tra di loro possono supplirsi; amputazione di una gamba e lesioni nell'arto superstite, ad esempio, che rendano difficile il maggior lavoro cui questo è destinato.

È superfluo ricercare formule, come hanno fatto alcuni, o ricorrere a complicate tabelle, come si è fatto in Francia e nel Belgio per le pensioni di guerra. A me pare che il criterio più equo sia quello di valutare globalmente la minorazione che deriva al sistema organo-funzionale dalle lesioni multiple che ne ledono l'integrità.

Per quanto riguarda la coesistenza di lesioni oculari bilaterali, mi riferisco alla discussione fatta nel Congresso d'infortunistica oculare (Roma, ottobre 1920).

Quando si abbiano contemporaneamente lesioni multiple, in diversi sistemi organo-funzionali, molti autori sono d'avviso che si debba sommare il valore delle invalidità attribuite a ciascun organo, purchè non si superi il valore della capacità lavorativa totale del soggetto.

In certi casi speciali a me pare che la somma possa essere superata, ad esempio quando si tratti di organi che abbiano tra loro funzione di supplenza: deficienza d'udito in individuo che abbia anche riportato grave minorazione della funzione uditiva; storpiatura in una mano che deve portare il sostegno per la deambulazione in un amputato di arto inferiore. È necessaria pertanto una valutazione globale della debilitazione derivante dal complesso delle lesioni.

Io non ritengo neppure giusto che in qualche caso la legge non permetta di concedere, per un unico infortunio, indennizzi superiori al cento per cento. Supponiamo un operaio che perda la vista e contemporaneamente rimanga mutilato di un arto; già di per sè la cecità è causa di inabilità totale; perchè non si deve indennizzare il maggiore danno che proviene dalla mutilazione? Opportunamente ha provveduto, in tali evenienze, la legge sulle pensioni di guerra, che, oltre quella corrispondente al l'invalidità assoluta, assegna indennità supplementare. Può verificarsi, inoltre, che un cumulo di invalidità renda l'operaio non solo totalmente inabile a lavoro proficuo, ma anche impotente a provvedere alle necessità della vita fisica: anche a questi casi provvede la legge sulle pensioni di guerra, non quella sugli infortuni. È da augurare che di tali deficienze si tenga conto nella prossima riforma, come già erano state prese in considerazione nel progetto presentato recentemente dal ministro Labriola al Parlamento.

Concause di morbosità. — Sulla valutazione delle conseguenze di infortuni che derivano dall'azione concausale esercitata dal trauma e da stati patologici preesistenti mi sono intrattenuto in altro mio lavoro (*Giornale di Medic. Ferrov.*, n. 2, 1921) al quale mi riferisco per non ripetere le conclusioni in esso esposte.

Concause di invalidità. — Dalle concause patologiche è necessario distinguere le concause di invalidità, consistenti non nel concorso di alterazioni tra di loro patogeneticamente concatenate, ma di lesioni di diversa provenienza, le une non influenti sulla evoluzione e determinazione delle altre, che vengono a colpire il medesimo sistema organo-funzionale. Si tratta di soggetti in cui, per precedente infortunio o per altre cause, preesistevano in un organo alterazioni che ne minoravano la funzione, e nei quali in seguito ad infortunio si producono nuove lesioni che cumulano, nello stesso sistema organico, i loro effetti con le prime. Come si deve valutare in questi casi la nuova invalidità? Si deve tener conto, e fino a qual punto, di quella preesistente?

È evidente che non si può fare la nuova valutazione attribuendo alle lesioni recenti il valore percentuale stabilito dalla tabella dell'articolo 95, la quale si riferisce alla minorazione che deriva dalla perdita di organi e segmenti di arti presi a sè, supponendo integro il sistema organo-funzionale prima dell'infortunio. Così pure non sarebbe equo determinare l'indennizzo sommando il valore delle vecchie e nuove lesioni, non potendosi ritenere responsabile l'infortunio di lesioni da esso non causate. Il principio da applicarsi, perchè rispondente a criterio giuridico ed a logica, a me pare sia quello propugnato dal Gabrielli nel Congresso testè tenuto a Roma di infortunistica oculare. Egli ritiene che l'indennizzo deve commisurarsi al danno effettivo arrecato dalla nuova lesione « in rapporto alla disponibilità funzionale del soggetto » prima dell'infortunio che si prende in esame. Non dobbiamo, cioè, prendere per punto di partenza, nella valutazione, il valore attribuito al sistema organo-funzionale quando è integro, ma il valore lavorativo dello stesso sistema, tenendo conto della minorazione subita per causa delle lesioni preesistenti. L'esempio chiarirà il concetto: si abbia la perdita dell'indice destro in un soggetto precedentemente mutilato del pollice della stessa mano; l'indennizzo non sarà del venti per cento (valore del dito preso da sè solo) e neppure del cinquanta (equivalente alla somma di 30, valore del pollice, più 20, valore dell'indice). Poichè questo individuo per la preesistente mutilazione del pollice non era in possesso della capacità lavorativa = 100, ma disponeva solo di 70 parti di essa, con la perdita dell'indice verrà a perdere non la ventesima parte di 100, ma la ventesima parte di 70. Essendo quest'ultimo valore aritmetico superiore al primo, ne viene di conseguenza che dell'invalidità preesistente, che rende le conseguenze della nuova invalidità più gravi di quanto non sarebbero state in un soggetto normale, si tiene un giusto e razionale conto.

Con questo metodo verrebbe anche semplificata la famosa questione del *monocolo*. Questo, infatti, per la precedente perdita di un occhio dispone solo più del 65 per cento della capacità lavorativa totale; rimanendo privo dell'altro occhio, verrà a perdere 65 parti di 65, cioè la totalità della capacità lavorativa disponibile al momento dell'infortunio: l'inabilità da cui è colpito è quindi totale.

Due formule ha esposto il Gabrielli per sintetizzare il metodo: 1ª In caso di concorso di invalidità determinate dalla preesistenza di una lesione invalidante e dal sopravvenire per infortunio di altra lesione che invalida lo stesso sistema funzionale, il danno indennizzabile risulta dal rapporto tra il danno percentuale specificamente determinato dallo infortunio e la capacità lavorativa preesistente; 2ª Il danno indennizzabile è rappresentato da una frazione il cui denominatore indica la capacità lavorativa teorica preesistente, e il numeratore è costituito dalla differenza tra la capacità lavorativa preesistente e quella attuale $\left(\frac{20}{70}\right.$ nel caso dell'indice, $\left.\frac{65}{65}\right.$ nel caso del monocolo$\left.\right)$. Si può ridurre la frazione su indicata in una frazione centesimale, onde ottenere la percentuale del salario usata nella liquidazione, con una semplice proporzione: nel caso dell'indice $20:70=$ $=x:100$, in cui il valore di $\frac{20}{70}=\frac{28,5}{100}$ circa; nel caso del monocolo $65:65 = x:100$, in cui il valore di x (percentuale del salario) = 100.

Qualcuno obietta che con questo giudizio un operaio potrebbe percepire, perdendo separatamente gli occhi in due infortuni distinti, il 135 per cento, invece del 100 per cento. L'obbiezione ha fondamento solo nel caso che in conseguenza del primo infortunio il salario non fosse stato ridotto nella misura presupposta. Questa, però, non è questione che possa interessare il medico: spetterà al magistrato tenerne conto nel fissare la cifra dell'indennizzo dovuto. La giurisprudenza sta a dimostrare che quando fu potuto provare che nessuna riduzione di salario l'operaio aveva subito in con-

seguenza della perdita del primo occhio, il magistrato, pur senza intaccare il principio medico su esposto, ha liquidato (conformemente a quanto ha sempre sostenuto il Borri) dopo il secondo infortunio il cento per cento, ma dalla somma risultante ha dedotto l'indennità precedentemente percepita (v. Prosperi, *Giornale Medic. Ferrov.*, 2, 1921). È evidente che nessuna detrazione dovrà essere fatta all'operaio che effettivamente in conseguenza del primo infortunio abbia subito una riduzione di salario, perchè il cento per cento che in secondo tempo percepisce non è commisurato al salario normale, ma a quello ridotto.

Concludendo, adunque, sulla questione del monocolo, il perito medico deve giudicare la perdita dell'occhio superstite lesione che abolisce totalmente la capacità lavorativa, senza preoccuparsi se l'operaio sia stato o no indennizzato per la perdita dell'altro occhio.

Un corollario che a me pare si possa far derivare dal metodo del Gabrielli è il seguente: un sistema organo-funzionale già dichiarato completamente perduto non può dare diritto a nuovo indennizzo se nello stesso sistema, in seguito a nuovo infortunio, si aggiungono nuove lesioni. Essendo, infatti, la capacità funzionale dell'organo leso eguale a zero, è evidente che qualunque frazione di zero non ha alcun valore aritmetico, come non si può logicamente concepire un aggravamento che riduca al di sotto di zero, cioè del nulla assoluto, la funzione lavorativa di un organo.

Un'altra evenienza che differisce dalle precedenti è ancora da esaminarsi, in tema di concorso d'invalidità. Quando un operaio abbia conseguito indennizzo di inabilità permanente assoluta per perdita totale della funzione di un dato sistema organo-funzionale, oppure sia affetto da lesioni, non provenienti da infortunio, che secondo i criteri della legge si ritengono tali da abolire completamente la capacità a proficuo lavoro, e continuando a lavorare, sia pure in modo ridotto, venga leso non nello stesso sistema, ma in un altro, ha diritto ad essere risarcito per il nuovo infortunio? Per le stesse ragioni per cui ritengo equo, come già dissi, che quando concorrono simili evenienze in un medesimo infortunio si dovrebbe poter oltrepassare l'indennità del 100 per 100, a me pare che l'operaio che si trovasse nelle condizioni ora accennate ha diritto ad un nuovo indennizzo, in base al principio che la perdita funzionale di un solo sistema, non la funzione sinergica della loro totalità, può costituire un valore lavorativo del 100 per cento. È evidente che in questi casi non ci troviamo in condizioni diverse da quelle precedentemente esaminate (aggravamento di un sistema funzionale il cui valore è già ridotto a zero), e che non valgono per essi le ragioni che escludono il diritto all'indennizzo. Io credo, ad esempio, che non si può negare ad un cieco di guerra, che eserciti un mestiere, l'indennità quando riporti sul lavoro lesioni che minorino la funzione d'una mano o di un piede. Non si può far ricadere sul cieco tutto il danno di una disgrazia occorsagli per aver voluto col lavoro rendersi ancora utile alla società e alla famiglia. Integri lo Stato, come è avvenuto in Francia, il maggior onere che, per il maggior rischio, grava per questi operai sugli istituti assicuratori, ma non si punisca il buon volere e la forza di volontà privando questi lavoratori dell'indennizzo. Lo stesso criterio dovrebbe applicarsi anche per i ciechi in seguito ad infortunio, e per quelli la cui disgrazia proviene da altre cause.

La legge degli infortuni è legge sociale di protezione del lavoratore; se essa ci impone di combattere le frodi e le speculazioni dei disonesti, ci impone altresì il dovere di tutelare con largo spirito le vere vittime del lavoro.

Roma, aprile 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

L'ascesso di fissazione nella cura del tifo addominale.

Dott. PASQUALE CATALDI.

Negli anni 1912, 13 e 14 si svolse in Allumiere (Roma) una lunga e grave epidemia tifosa, con centinaia di casi e varie diecine di decessi. Ne pubblicai una breve nota, nel settembre 1914, sul *Policlinico*. In essa, tra le osservazioni che avevo avuto agio di fare, scrivevo: «... delle centinaia di iniezioni di chinino fatte in infermi di malaria, solo due o tre ricordo di averne viste suppurare, dando luogo però ad una forma di suppurazione chimica, più che batterica (liquido puriforme, abbondante eliminazione di pezzi di tessuto necrotico). Mentre delle iniezioni di chinino fatte in tifosi, *moltissime* ne ho viste suppurare, con formazione di vero *pus bonum et laudabile*. Anzi ho osservato che la suppurazione delle iniezioni ha coinciso quasi sempre con il miglioramento e la guarigione dell'infermo.

Non potendosi tale suppurazione attribuire a fialette non amicrobiche, servendomi sempre di materiale della medesima provenienza, nè a mancanza di cautele asettiche da parte mia, bisogna spiegare il fenomeno con le diverse condizioni biologiche del malarico e del tifoso.

A parte la conoscenza che il bacillo di Eberth è un piogeno facoltativo (il che può spiegare il processo suppurativo) occorre pensare che il chinino spieghi forse, per chemiotassi, la fissazione *in loco* dei bacilli circolanti nel sangue, determinando quindi, in conseguenza, una disinfezione del tessuto sanguigno (ascesso di fissazione)».

Esauritasi, colla fine del 1914, l'accennata epidemia tifosa, i casi sporadici verificatisi negli anni successivi furono tutti da me curati o con le sole norme igieniche — i più leggeri — o col metodo del Liebermaister (bagno e chinino) — quelli di maggior gravità.

Nell'autunno-inverno del 1920-1921 ho dovuto constatare una ripresa della forma epidemica: dopo alcuni casi, seguiti da guarigione, ne osservai uno (A. C., di anni 13) che assunse nel terzo settenario la forma ipertossica, con grave sopore e delirio. Dati alcuni bagni freddi, dopo quattro giorni l'infermo usciva dallo stato soporoso, riacquistava la coscienza e poteva riprendere qualche bicchiere di latte. Le condizioni cardio-circolatorie miglioravano e l'infermo entrava in convalescenza. Ma, dopo alcuni giorni di crescente miglioramento, la temperatura tornava bruscamente ad innalzarsi, riappariva il delirio ed in breve l'infermo decedeva fra sintomi meningitici.

A qualche settimana d'intervallo, A. M., di anni 48, cadeva infermo con sintomi ileo-tifosi leggerissimi: per due settenarii tutto procedette normalmente, onde la prognosi avanzata era favorevole. In terzo settenario l'infermo è bruscamente colpito da forti dolori addominali e vomito, e presenta le pareti ventrali dure e piatte come una tavola. Polso frequente, debole. Diagnosi: perforazione intestinale. L'infermo decedette.

Messo in guardia da questi due decessi, ma principalmente dalla osservata complicazione meningitica, constatata in periodo di iniziata convalescenza, quando la presenza degli immuni-corpi nell'organismo dell'infermo poteva dar legittimo affidamento della sua guarigione, mi proposi di tentare negli altri infermi, oltre le altre note cure, l'*ascesso di fissazione*, ottenuto con iniezioni sottocutanee di uno o due centimetri cubici di olio essenziale di trementina. Trascurai di eseguirlo in tutti i casi di forma *loevis;* ma lo praticai in quattro casi, appena questi cominciarono ad assumere una forma inquietante. Poichè i quattro infermi da me curati con tal metodo giunsero tutti felicemente a guarigione, credo opportuno riferirli succintemente.

C. C., di anni 40, maritata, con numerosa prole. Avendo assistito due suoi figliuoli successivamente affetti da tifo addominale, finì col contagiarsi. Per tre settimane il processo infettivo si svolse calmo, senza sintomi allarmanti. Sensorio normale, temperatura oscillante tra 37°.5 a 38°.5. Azione cardiaca buona. Lingua patinosa al centro, rossa ai bordi; denti leggermente ingialliti; anoressia completa. Milza poco sviluppata; qualche papula sulla regione epigastrica. Gorgoglio ileo-cecale; meteorismo, stitichezza.

Al principio del quarto settenario compare una tosse stizzosa, vasti ronchi su tutto l'ambito polmonare, dispnea. Il cuore comincia a dar sintomi di stanchezza: polso debole, frequente. Metto in opera dei rivulsivi toracici, do della digitale, faccio praticare delle ripetute iniezioni di olio canforato. Per condizioni d'ambiente, debbo rinunziare al bagno. Vedendo le forze dell'inferma decadere giornalmente, sì da temere un esito letale, e constatando l'inefficacia di tutte le cure tentate, mi decido ad iniettare due centimetri cubici di olio essenziale di trementina sotto la cute della regione esterna del terzo medio della coscia destra, facendo seguire l'applicazione locale di continuati impacchi caldo-umidi. Dopo qualche giorno, al posto dell'iniezione, si osserva una tumefazione dolente, con arrossimento della cute. Al sesto giorno, i ronchi e la dispnea accennano a diminuire, l'azione cardiaca si rinvigorisce e dopo un paio di settimane l'inferma è guarita.

La tumefazione della coscia non è più dolente, si nota una chiara fluttuazione, ma l'inferma si oppone a farsi incidere l'ascesso: il quale quindi si estende in basso, quasi fino al ginocchio. Decorsa un'altra settimana, l'inferma acconsente finalmente a farsi fare un semplice occhiello nella parte più declive. Viene fuori gran quantità di liquido puriforme, che per l'insufficienza del drenaggio continuò a scolare e si tenne aperto per parecchi giorni. Ma l'inferma viene infine a completa guarigione.

B. R., bambina di 11 anni, abitante al piano superiore della suddetta. Con il corteo sintomatico di un ileo-tifo di media intensità, notasi una temperatura continua, con lievi remissioni e con frequenti sbalzi a 40°. Al decimo giorno, inietto un c.c. e mezzo di olio essenziale di trementina nel sottocutaneo della regione esterna della coscia destra, favorendo la reazione flogistica con impacchi caldo-umidi. Ne segue dolore ed arrossimento della parte; ma la tumefazione flogistica è molto lenta a manifestarsi. La febbre persiste sui 39 gradi per altre due settimane circa; ma infine l'inferma guarisce con rapida convalescenza. L'ascesso fu inciso in quindicesima giornata, con incisione lineare di circa sei cm. di lunghezza, con fuoriuscita di liquido puriforme e cenci necrotici. Si avvertiva un netto odore di trementina, che si riconosceva frazionata in gocce in mezzo al liquido puriforme.

G. S., di sesso femminile, di ani 14. Con temperatura continua remittente di circa 39°, con azione cardiaca discreta, presenta completa la sintomatologia del tifo addominale. In terzo settenario le condizioni peggiorano; il sensorio si mantiene sempre integro, ma si osserva aumento di temperatura, progressivo indebolimento cardiaco e congestione di tutto l'albero bronchiale (rumori stenotici diffusi, dispnea). Si riproduceva in tutto simile un quadro identico al primo caso descritto. Nel cellulare sottocutaneo della regione esterna della coscia destra inietto due c.c. di olio essenziale di trementina: indi applicazione d'impacchi caldo-umidi. Ne seguono i soliti fenomeni flogistici, con successivo miglioramento dei fatti d'infezione generale. L'ascesso inciso in dodicesima giornata, con incisione sufficientemente ampia, guarì rapidamente.

G. C., di anni 20, di sana costituzione, fratello del primo infermo deceduto per complicanza meningitica. È febbricitante ai primi di gennaio, con cefalea; si aggiungono successivamente tutti i sintomi dell'infezione ileotifica. Nel terzo settenario l'infermo comincia ad aggravarsi, con temperatura elevata, azione cardiaca più debole, qualche delirio e sintomi d'ipostasi polmonare. Do un bagno tiepido raffreddato, ma la famiglia si oppone al proseguimento dell'idroterapia. Succede un ulteriore peggioramento dell'infermo per avvenuta pneumonite della base sinistra. Eseguo la cura sistematica della complicazione pneumonitica, ma pratico contemporaneamente una iniezione di due c.c. di trementina sul sottocutaneo della coscia sinistra. Ne segue la solita reazione locale. Al quarto giorno l'infermo reclama incessantemente l'incisione della tumefazione. Fo un piccolo occhiello di prova, ma constato la mancanza di liquido purulento. Fo proseguire gl'impacchi caldo-umidi. Il foro cutaneo si occlude e la tumefazione continua la sua regolare evoluzione. Frattanto lo stato generale migliora, ma il processo pneumonico mostra un lento decorso, con risoluzione ritardata. Al tredicesimo giorno, constatando una evidente fluttuazione, incido ampiamente l'ascesso, dando esito abbondante liquido purulento e tessuti necrotici. L'infermo migliora lentamente, ma costantemente, ed infine guarisce del tutto.

Concludendo, il buon esito ottenuto nei quattro casi descritti e la dimostrata innocuità del piccolo procedimento usato mi sembrano sufficienti ragioni d'incoraggiamento per continuare metodicamente l'esperimento e spingere i colleghi a valersene nei casi minacciosi.

Allumiere (Roma), aprile 1921.

Le iniezioni di etere nella pertosse

per il dott. A. D'Aroma — Roma.

Da alcuni mesi, su riviste mediche italiane e straniere, compaiono di frequente comunicazioni, in prevalenza di clinici pediatri, sull'uso dell'etere nella pertosse, con un succedersi di entusiasmi e di delusioni.

Anche al medico pratico, che nell'esercizio quotidiano osserva, studia, applica, opera, giudica e impara nella varietà e molteplicità dei casi della sua clientela, che per lui costituisce la palestra scientifica, sia concesso di portare il suo contributo, se pur modesto, non meno coscienzioso.

L'etere etilico, per mia esperienza, è nella pertosse rimedio prontamente efficace, innocuo, ben tollerato, economico, di uso semplicissimo e alla portata di tutti.

Ho curato con iniezioni di etere etilico purissimo intramuscolari, profonde nei glutei, 12 bambini pertossici di varie età, da 5 mesi a 6 anni, iniziando la cura nell'acme dello stadio convulsivo. Ho adoperato dosi da 1 a 2 cm. cubici secondo l'età del piccolo paziente e la gravità del caso, quotidianamente e anche biquotidianamente, invece che a giorni alterni come molti consigliano. L'ostinato nemico deve essere colpito con sollecitudine, energia e tenacia perchè non abbia nè tregua nè respirò: *Cito, tute et jucunde.*

L'effetto terapeutico si fece risentire da prima sul vomito indi sulla intensità e sul numero degli accessi. A coloro che parlano di insuccessi, e sono in minor numero, può osservarsi che non vi è rimedio — e intendo parlare di quelli rigorosamente e scientificamente spe-

cifici — che non conti insuccessi non sempre e solamente imputabili al farmaco. Occorre esattezza di diagnosi, non solo, ma tempestività di intervento, costanza nell'uso, dose, qualità, purezza di preparato, modalità e vie di somministrazione e rigore di tecnica. Nella presente epidemia di morbillo, qui in Roma, ho notato frequenti e gravi complicazioni broncopolmonari.

L'etere etilico, a dosi anche doppie e triple di quella suindicata nella pertosse, non solo fu ben tollerato, ma produsse effetti mirabilmente benefici. Più particolarmente degni di nota sono tre casi di bronco-polmonite in morbillosi e pertossici così gravi da giustificare un pronostico infausto anche a giudizio di valorosi colleghi. Coll'uso dell'etere fino a 6 cm. cubici nelle 24 ore ottenni miglioramento sollecito e guarigione completa in tempo relativamente breve tanto nei riguardi delle lesioni polmonari che della pertosse. In questi casi non mancai di associare all'etere i comuni e ben noti presidî curativi.

Roma, maggio 1921.

DALLA PRATICA, PER LA PRATICA

Ospedale Civile di Clusone (Bergamo).

I criteri che regolano la cura medica e l'intervento chirurgico in alcuni casi di patologia addominale (*)

per il dott. P. Gilberti, chirurgo dirigente.

La peritonite cronica.

Come principio generico e pratico è stabilito che la peritonite cronica (esclusa la tubercolare che tratterò nel capitolo seguente) non solo è per lo più il seguito ed il passaggio insensibile e graduale di quella acuta, la lenta trasformazione di essa, ma in non rari casi esordisce coi caratteri di cronicità.

La peritonite cronica giova classificarla nel modo seguente:

Peritonite cronica sierosa
» » purulenta { diffusa / circoscritta }
» plastica adesiva.

Della prima qui non mi occupo poichè va sempre più prevalendo l'opinione che essa abbia grande affinità colla forma tubercolare se forse non è senz'altro della stessa natura. Comunque agli effetti della cura e della condotta del medico e del chirurgo, reclama le stesse norme onde rimando al capitolo seguente. La malattia infatti ha l'inizio ed il decorso della forma specifica, come questa preferisce sviluparsi nei giovani, ha come complicanza anch'essa la pleurite, pur non richiedendo ordinariamente l'intervento chirurgico. Non potendosi però distinguere, come dissi, dalla tubercolosi, nel dubbio e di fronte al risultato incerto o lento o negativo della cura interna o della paracentesi, si suol procedere anche in questi casi alla laparotomia colla quale dice il Körte si ottiene sempre un vantaggio, poichè anche se è solo una forma semplice di infiammazione cronica, viene accelerato il decorso lento della malattia e dà luogo ad una guarigione più rapida.

Ripeto, questa forma oltrechè essere affine alla tubercolare è anche molto rara. Non così l'altra pure ad essudato liquido ma non diffusa.

L'essudato è sieroso o sieropurulento ed ha quasi per regola di raccogliersi in determinate sedi. Ma anche di questo vedremo in altri capitoli perchè è ordinariamente la conseguenza di lesioni viscerali acute che hanno cagionato l'infezione della cavità addominale.

Queste forme a focolaio, come uno dei principali caratteri di cronicità presentano una parete che ha limite di consistenza piuttosto dura, fibrosa, per cui vengono ben divise dalla restante cavità peritoneale.

Devesi anzi praticamente ritenere che da questa forma hanno origine e forse preferibilmente, quelle briglie ed ispessimenti della sierosa che portano all'altra forma pure cronica ad essudato solido — la peritonite cronica adesiva.

Il carattere essenziale di questa è la formazione di cicatrici e di raggrinzamenti dei meso e dell'epiploon, nonchè delle aderenze che fissando organi mobili, torcendo anse intestinali, rivestendo di uno strato cotennoso sclerosante il fegato o la milza, ecc., producono disturbi funzionali, strozzamenti dell'intestino, deviazioni dell'utero, stiramenti della salpinge e delle ovaie, coliche intestinali e crisi gastriche, nonchè disturbi che si esagerano per la stitichezza e per le mestruazioni.

È giusto perciò ritenere che questa forma di peritonite è per il medico pratico una delle malattie più interessanti.

È facile dopo quanto ho esposto persuadersi che questa forma manca di sintomatologia speciale: i disturbi sopra descritti sono in relazione esclusivamente colla sede della infiammazione diventata cronica o cronicamente esordita.

È assai pratico a tale riguardo ricordare la varietà dei disturbi che si rilevano dal capitolo del Lejars: dolori e disturbi funzionali con fenomeni di strozzamento intestinale e finalmen-

(*) Vedi fasc. 20, pag. 679.

te fenomeni riproducenti il quadro di una data affezione addominale come ad esempio in caso di simulazione di un'ulcera piloro-gastrica, di una stenosi del piloro, di una colecistite, di annessite, di nefrolitiasi, ecc.

In complesso la sintomatologia della peritonite cronica adesiva, detta anche plastica e sclerosante, non è che la ripetizione parziale e speciale a seconda dei casi di tutta la sintomatologia addominale: all'impossibilità di raccogliere e descrivere in un sol quadro la sindrome della peritonite adesiva non può che supplire il criterio clinico del medico pratico al quale si impone la scrupolosa ricerca anamnestica in tutti i casi di coliche e crisi dolorose ripetute, onde se non può riferirli a forme acute in atto possa pensare alla conseguenza di forme passate, conseguenze che si esplicano appunto colle aderenze.

Tuttavia si può avere un quadro più chiaro della peritonite cronica adesiva distinguendo le aderenze secondo la loro direzione e la loro forma essendovene di quelle che si sviluppano in superficie ed altre in cordoni e fimbrie più o meno grosse, resistenti ed elastiche. Perciò è più facile pensare alla compressione ed allo stiramento dei visceri in generale, alla stenosi od allo strozzamento dell'intestino in particolare.

Il trattamento chirurgico è l'unico mezzo di cura, la risorsa più ordinaria e di esito più certo. Ma non mi pare essere il caso che io mi fermi a stabilire neppure per questa forma il suo grado di tollerabilità e di curabilità medica e quando deve essere rimossa, entrando questa questione nei capitoli in cui verranno trattate le singole forme viscerali.

Ho scelto fra le peritoniti, di trattare perciò unicamente della forma tubercolare, e non potevo regolarmi diversamente in omaggio al concetto esposto fin da principio secondo il quale si considera la peritonite acuta e cronica purulenta ed adesiva unicamente come fenomeno secondario delle lesioni viscerali da cui si origina e si diffonde.

La peritonite tubercolare.

È noto che su questa forma tanto la laparotomia quanto il trattamento medico hanno avuto ed hanno le loro vittorie le quali naturalmente sono in diretta ed unica dipendenza della scelta che caso per caso si potrà fare, riguardo all'opportunità ed al momento di addivenire all'atto operativo.

Il Körte fra tutti è quello che più schematicamente ne ha compilata una classificazione. Egli clinicamente distingue le seguenti forme:

I. Peritonite tub. con formazione di abbondante essudato sieroso.

II. Peritonite tub. secca.

III. Peritonite tub. ulcerosa suppurativa.

Questa classificazione che teoricamente può mantenersi tale, non ha grande valore dal lato pratico, poichè d'ordinario le forme si presentano combinate, eccettuata la forma ascitica che il più delle volte presentandosi pura è più delle altre chirurgicamente trattabile e lascia infatti sperare nei risultati più favorevoli.

È certo però che anche la peritonite tubercolare primitiva è rarissima, anch'essa come abbiamo visto trattando delle peritoniti in genere è secondaria alla tubercolosi di un altro organo. Ed anche per i casi che furono ritenuti primitivi i risultati di numerose osservazioni anatomopatologiche danno il diritto di credere che possa essere sfuggito il focolaio d'origine.

La peritonite tubercolare può guarire spontaneamente e ciò ha potuto constatare ognuno di noi che abbia avuto campo di seguire gli ammalati per diverso tempo.

Ma ci sono casi in cui la laparotomia, e soltanto la laparotomia, può portare la guarigione. Ne dànno conferma le osservazioni dell'Henok, del Monti, del Forlanini, del Ceccherelli, del Cassel, del Moritz, ecc. Oggigiorno si sono moltiplicati i metodi di cura medica e si sono riconosciuti assai meglio i risultati della cura chirurgica. Perciò non si ritiene più come una volta che la peritonite tubercolare sia fra le malattie di dominio esclusivamente medico ed è finito quel periodo di così grande entusiasmo operativo da ritenere che ogni caso dovesse essere di pertinenza del chirurgo.

Bisogna dunque seguire una via di mezzo classificando i casi di peritonite tubercolare secondo due criteri ed ammettere che ci sono i ribelli alle cure mediche da passarsi quindi al chirurgo ed altri che col trattamento medico passano a guarigione.

Non è il caso di attenersi alle statistiche, per giudicare spassionatamente del valore delle laparotomie perchè fra statistica medica e statistica chirurgica non ci sono elementi tali che ne equiparino il valore. Basta ricordarsi che al chirurgo sogliono capitare i casi più gravi!

Il medico volendo o dirò meglio, potendo esperire tutte le risorse dell'arte sua, prima di passare il malato al chirurgo deve attenersi innanzi tutto alla cura generale per accrescere i poteri di difesa e di resistenza dell'organismo. Ciò vale anche come preparazione del malato per la eventuale laparotomia.

Sommariamente passando in rivista tutti i mezzi medici accennerò alle iniezioni del Durante le quali oltre che nei casi medici valgono anche nei casi chirurgici specialmente nel periodo postoperativo (Putzu, Reale, Albanese, citati dal Donati), la paracentesi di cui fu primo sostenitore il Ceccherelli, la lavatura del peritoneo con acqua distillata e sterile, previa l'aspirazione del liquido ascitico (Riva, Ceccherelli, Dalle Ore, ecc.).

Le iniezioni di etere all'iodoformio più o meno modificate (Capparoni, Fantino), i preparati iodici, i diuretici, le applicazioni di unguento mercuriale, la radio, la elio- e la fototerapia.

Si è fatta poi la sostituzione dell'acqua sterile con l'acqua ossigenata; l'azione curativa di questa dipenderebbe dal trauma portato dal trequarti e dall'ossigeno che si svolge. Debbo finalmente accennare all'autosieroterapia del Gilbert secondo il metodo ed il concetto usato nelle pleuriti; ed il drenaggio prolungato alla Whattier.

Quando questi metodi non danno alcun vantaggio, oppure, in attesa del risultato, si deve ugualmente assistere al progressivo deperimento del paziente, dobbiamo per necessità ritenere avvenuto il passaggio della malattia dal dominio medico a quello chirurgico.

La forma ascitica è però sempre quella che meglio si presta per l'operazione, viene quindi non già la forma secca, ma quella che anatomicamente sembra la più grave: la forma ulcero-caseosa.

La forma secca è caratterizzata da aderenze e da scarsa quantità o mancanza di liquido nella cavità peritoneale: le aderenze hanno tendenza ad estendersi, ad unire vieppiù le anse intestinali fra di loro e col peritoneo parietale tanto che per la neoformazione di un tessuto fibroso si costituiscono delle retrazioni, delle pseudomembrane che si organizzano progressivamente dando luogo alla forma plastica, mentre non è raro che i tubercoli subiscano anch'essi una trasformazione fibrosa raggiungendo pertanto la guarigione spontanea del processo tubercolare pur restando come conseguenze gravissime l'eventualità del restringimento o dell'occlusione intestinale.

Ma queste ultime complicanze entrano in complesso nella categoria dei casi d'urgenza, onde l'intervento nella peritonite secca e cioè nella forma plastico-adesiva è affatto inutile o meglio inattuabile, inquantochè l'operatore si trova dinanzi uno spazio minimo o nullo, sempre insufficiente per la verifica dello stato generale della cavità addominale non solo, ma non gli riesce più di provocare quello scambio fra i tessuti sull'importanza del quale, come vedremo appresso, si fondano il valore ed i diretti vantaggi della laparotomia nella peritonite tubercolare.

L'intervento chirurgico è pure da scartarsi nelle forme miliari acute ed in generale in tutte quelle febbrili allo stadio iniziale. Si suol attendere il periodo subacuto o di cronicità.

Il Giordano invece, a proposito della forma caseosa, pur non ritenendola molto adatta per il trattamento chirurgico radicale, dice che l'apertura del ventre è d'ordinario vantaggiosa.

È utile al nostro studio vedere ora quale sia il processo di guarigione della peritonite tubercolare in seguito alla laparotomia, senza dilungarmi a riportare le diverse teorie sorte dalle numerose osservazioni e dalle ricerche sperimentali che furono fatte dagli studiosi dell'argomento.

È evidente un fatto: il risultato terapeutico favorevole della laparotomia sul processo tubercolare del peritoneo. Ad un atto operativo di elementare esecuzione, piuttosto facile nelle mani di qualsiasi chirurgo pratico, si contrappone la difficoltà di stabilire come la laparotomia riesca ad influire favorevolmente sulla peritonite tubercolare ed a portarla a guarigione.

Ognuno sa che si deve ad un errore di diagnosi se Spencer Wells nel 1862 eseguiva la prima laparotomia seguìta da guarigione in un caso di peritonite tubercolare scambiato ed operato per cisti ovarica.

Per molti anni si ritenne che l'aria e la luce entrando nel ventre uccidessero il bacillo tubercolare: si disse ancora che i germi atmosferici (?) cadendo sul peritoneo esposto all'esterno vi impegnano una lotta col bacillo tubercolare e lo sopraffanno (!). Ma come mai, osserva il Giordano, deve essere vittima dell'aria e della luce proprio quel bacillo che ha per sua dimora preferita e per suo campo di vittoria il polmone, organo aerato per eccellenza? Quel bacillo che essendo la causa del lupus predilige il naso che della faccia è il punto più esposto alla luce? E come finalmente può essere distrutto e debellato il bacillo di Koch nelle vicende di una simbiosi dovuta (?) all'esposizione del peritoneo quando è noto che dagli altri microrganismi è per solito esaltato nella sua virulenza?

Cadute così queste tre ipotesi ne seguì un'altra serie di cui l'ultima fu accettata ed è la seguente.

Il concetto più razionale con cui la moderna patologia tende a spiegare l'azione risanante

della laparotomia è fondato sulla conoscenza dei poteri biologici degli elementi cellulari e sulla nota evoluzione ed involuzione di questi sicchè la teoria è senz'altro fondata su base scientifica e diretta da criteri di fisiopatologia che appagano.

Si svolgono cioè dei fatti che vanno dalla diminuzione di tensione delle pareti addominali conseguente allo svuotamento dell'essudato e finisce colla trasformazione del tubercolo in una neoformazione connettivale infiammatoria per opera di un'invasione leucocitaria del tubercolo stesso il quale cade in preda a processi regressivi e disgregativi per lasciar posto all'organizzazione di tessuto connettivo giovane in cui secondo il d'Urso appaiono dei vasi di neoformazione.

Secondo il Gatti avverrebbe la vacuolizzazione del tubercolo, dovuta alla degenerazione idropica delle cellule epitelioidi che pertanto verrebbero riassorbite, lasciando degli spazi vacuolari nel tempo stesso che avviene la scomparsa delle cellule linfoidi e la distruzione del bacillo.

Osserva però il prof. Donati che tale processo deve essere ritenuto non già come un modo speciale di guarigione, ma bensì una concomitanza a complemento di quello più sopra esposto per la trasformazione fibrosa del tubercolo. In complesso il fatto principale sarebbe la degenerazione idropica delle cellule epitelioidi.

L'irritazione del peritoneo, lo svuotamento dell'ascite, la conseguente iperemia della sierosa, colla reazione e l'essudato che è stato stabilito essere battericida, la fagocitosi e la difesa del peritoneo non sarebbero che elementi concomitanti e favorevoli per giungere alla guarigione.

Riassumendo: la laparotomia è ottimo mezzo di cura della peritonite tubercolare ed agisce in due modi. O raggiunge la vera *restitutio ad integrum* colla distruzione del tubercolo sì che la superficie della sierosa peritoneale ritorna liscia, oppure conduce all'incapsulamento ed alla trasformazione fibrosa connettivale del tubercolo stesso.

Premesse queste notizie che sono il fondamento della terapia moderna, è ora più facile argomentare quando il medico ed il chirurgo possono e devono rispettivamente prendersi in cura l'ammalato.

La peritonite tubercolare può guarire medicalmente, perciò nei casi leggeri è utile l'attesa, doverosa l'astensione.

Le forme acute in cui è inefficace la cura generale devono essere considerate inoperabili perchè neppure l'operazione può influire sulle condizioni generali del malato.

Così è da ritenersi controindicato il precoce intervento, poichè mentre secondo le esperienze del Gatti e del Gelpke è risultato che l'essudato ha potere battericida, è pure stato stabilito che la laparotomia non riesce a sua volta efficace se i tubercoli non hanno compiuto la loro evoluzione istologica.

La laparotomia è poi tentativo supremo nei processi troppo avanzati.

Oggi ha anzi ripreso valore la paracentesi in forza della teoria che ha messo in rilievo la esclusione istologica del tubercolo e la sua somma importanza nelle vicende del processo patologico specifico peritoneale.

Si può quindi ritenere che debbono rimanere di spettanza del medico le forme acute febbrili e le più gravi, nonchè quelle ascitiche ad andamento lento e più benigno finchè l'individuo risponde e risente l'efficacia dei ricostituenti, dell'aria e del sole. Il chirurgo sceglierà invece preferibilmente quei casi in cui il versamento è libero, abbondante, sieroso, in individui deperiti e in via di progressivo dimagramento, pur mostrando un complesso di elementi somatici che non devono nè possono sfuggire al chirurgo pratico e che a lui danno affidamento per la buona riuscita.

***

Ed ora non posso porre termine al presente capitolo senza fare almeno un cenno anche a riguardo della radio- e della elioterapia, poichè ho avuto in diretta osservazione e cura 22 casi sui quali ho potuto praticamente farmi un concetto personale anche a riguardo di questi preziosi curativi, sia usati esclusivamente, sia associati alla cura chirurgica.

La radioterapia, come al solito, deve essere usata con somma cautela e non mi ha dato risultati assai confortanti. Quattro casi affidai al radiologo ed ho dovuto constatare che se la cura ha portato qualche giovamento fu solo in un caso, due rimasero indifferenti, uno non potè sfuggire al peggioramento. Queste mie impressioni per quanto non confortate da un numero sufficiente di casi concorderebbero però con quanto Allaria e Rovere hanno esposto nella *Riforma Medica*, n. 16, 1907.

La radioterapia non è elemento essenziale di cura, è soltanto complementare in quanto si può ritenere coadiuvante della cura medica, perchè pare affretti il riassorbimento del liquido ascitico quando questo è già iniziato e coadiuvante altresì della cura chirurgica quando vi ha accenno alla riproduzione dell'ascite.

Ma anche con tale metodo di cura si otten-

gono risultati solo nella forma ascitica cronica ad andamento benigno, non così per tutte le altre forme più o meno gravi e miste per la cura delle quali non è facile dare delle regole precise d'applicazione dei raggi X.

Ho invece osservato che gli effetti più brillanti e sicuri si ottengono colla elioterapia.

I suoi effetti si riflettono in modo speciale sulla respirazione e sulla circolazione ed essendo la forma tubercolare una delle malattie in cui il terreno organico ha l'importanza maggiore, è facile comprendere l'efficacia dei raggi solari che incomincia innanzi tutto ad avere i caratteri della cura depurativa e ricostituente di tutto l'organismo.

La cute infatti esposta al sole, mentre elimina meglio, assorbe contemporaneamente luce ed ossigeno e personalmente ho potuto convincermi mediante la mia diretta osservazione che l'elioterapia ha fatto miracoli in alcuni casi ritenuti inoperabili, perchè trattavasi di forme miste, secche e plastico-adesive per cui l'opera del chirurgo anche per le condizioni generali degli ammalati non avrebbe potuto giovare.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Contributo allo studio della funzione della glandola pineale.

(S. ZANDREN. *Acta Medica Scandinavica*, febbraio 4, 1921).

La glandola pineale ha avuto la particolarità di attirare per molte generazioni l'acuto interessamento degli scienziati da Galeno a Descartes a Faivre. Nella seconda metà del secolo XIX solamente abbiamo raggiunto una nozione dettagliata della sua struttura anatomica, mentre la sua posizione biologica è ancora oscura e fortemente controversa.

Quale funzione essa ha nell'organismo umano? In quale epoca della vita essa è attiva?

Esperimenti di gabinetto e osservazioni cliniche hanno cercato di risolvere tali problemi. I primi, consistendo nella somministrazione endovenosa di estratto glandolare negli animali, ovvero nella somministrazione orale prolungata, ovvero nell'estirpazione dell'organo a differenti epoche di sviluppo dell'animale, sono venuti a conclusioni così disparate da non autorizzare alcuna veduta plausibile. Le seconde, circa settanta, descritte finora, sono riuscite più interessanti e hanno rilevato alla dipendenza di neoplasie dell'epifisi, sintomi di aumentata pressione endocranica e un quadro nosografico specifico, la macrogenitosomia precoce, consistente in un fortemente e precocemente accentuato sviluppo dei caratteri sessuali primitivi e secondari. In base a ciò, poichè le neoplasie avevano distrutto il parenchima dell'epifisi, si è conchiuso che la sua funzione principale fosse quella di impedire lo sviluppo dei caratteri puberali durante l'infanzia.

L'A. ha osservato un caso di completa assenza della glandola pineale, unico in tutta la letteratura al riguardo, il quale è straordinariamente interessante dal punto di vista della fisiologia epifisaria.

M. K., dell'età di anni 16 e mezzo, gentilizio normale, morbillo nell'infanzia, senza tracce di rachitismo, crebbe fino all'età di 9-10 anni perfettamente normale. A detta epoca cominciò a lagnarsi di stanchezza, affanno con cianosi, dolori precordiali dopo una corsa, che nel 1912 lo costrinsero a ricoverarsi all'Ospedale con la diagnosi di anemia e rumore in primo tempo alla base del cuore. Migliorò, ma non è stato più bene d'allora: il suo accrescimento si arrestava in modo che tre anni dopo, 1915, portava le stesse scarpe e gli stessi abiti del 1912. Nel marzo 1915 fu visitato dall'A. Lo sviluppo fisico era molto arretrato, sebbene lo stato di nutrizione relativamente era normale, e la sua psiche aveva ancora parecchi caratteri infantili. All'infuori dei capelli, lo sviluppo pilifero era del tutto assente. Dei denti tre dei premolari non erano spuntati, per quanto i raggi X ne mostrassero le radici, parecchi denti mancavano di smalto. Glandola tiroide molto piccola. Pene e testicoli molto piccoli. L'ossificazione arrestatasi allo stadio corrispondente a 13 anni, controllata con i raggi Röentgen. Polmonì leggermente enfisematosi. Cuore con rumore sistolico alla base, e forte ronzio venoso al collo. Sangue: forte diminuzione della sostanza colorante. Diagnosi: Infantilismo e Anemia. Fu curato con la cura tiroidea.

Nel giugno successivo ebbe un'ematemesi, cui due giorni dopo seguirono sintomi addominali. Laparotomia con risultato diagnostico negativo. Morì per collasso qualche giorno dopo.

Alla necroscopia si notò, d'importante, l'assenza completa della glandola pineale, il cuore un po' più grande del normale, nelle pleure aderenze, polmoni con chiazze più consistenti e rosso-scure disseminate, milza con infarti anemici, testicoli molto piccoli. All'esame microscopico del tessuto in corrispondenza della sede dell'epifisi nessun elemento epitelioide fu riscontrato; nei testicoli nessun se-

gno di spermatogenesi delle cellule seminali, e assenza completa delle cellule a secrezione interna. Tutto il resto normale.

Vediamo qui una sindrome d'infantilismo da alterata secrezione ormonica. Non è certo, d'origine ipopituitaria perchè non v'è adiposità, nè sproporzione tra gli arti inferiori e il resto del corpo. L'origine ipotiroidica viene infirmata dal fatto dell'assenza di ogni traccia di mixedema della pelle. L'esame necroscopico e microscopico, a conferma, non hanno dato reperti patologici nè della tiroide nè dell'ipofisi.

I testicoli sono ipoplasici: può questa ipoplasia spiegare i sintomi di questo caso? No, perchè le anomalie di accrescimento non sono come quelle delle persone castrate (arti inferiori sviluppatissimi). Anzi perchè testicoli discesi fin nello scroto hanno arrestato il loro sviluppo? È dunque l'epifisi assente che bisogna prendere in considerazione. Questo complesso sintomatico, che è perfettamente l'opposto della macrogenitosomia precoce, è dipendente dall'assenza dell'epifisi. Il che mette in subbuglio tutto quello che si credeva finora a proposito della funzione dell'epifisi, l'inibizione nell'età infantile, cioè, della pubertà, e il concomitante suo processo d'involuzione all'iniziarsi di questa.

Già tale involuzione è stata pretesa, non constatata istologicamente. Il Krabbe ha dimostrato che l'epifisi alla nascita non è ancora istologicamente differenziata e consiste di neuroblasti che si trovano in ogni parte del cervello fetale; alla fine del primo anno si trovano differenziate le cellule pineali; verso gli otto o nove anni si riscontrano specifiche granulazioni, testimoni anatomiche di un'attività fisiologica, che raggiungono il massimo sviluppo a 14 anni, per poi diminuire gradatamente. Solo all'età avanzata si riscontrano tracce istologiche di involuzione. Orbene proprio da queste constatazioni può ricevere luce il caso presente. Le granulazioni delle cellule pineali, che compaiono nella pubertà, sarebbero espressione dell'attività secretoria dell'epifisi, e non indice d'involuzione. La glandola pineale non inibisce i fenomeni puberali, ma li provoca, dando il segnale a tutte le altre glandole a secrezione interna, e prima di tutto alle glandole sessuali. Con questa ipotesi ecco spiegato il caso presente. Durante i primi 8-9 anni di vita di M. K. l'aplasia dell'epifisi, che allora non aveva funzioni da compiere, non dette segno di sè, e solo all'epoca dell'inizio della pubertà, quando doveva suonarsi la sveglia degli organi endocrini per dare nuovo impulso allo sviluppo fisico, operare la seconda dentizione, plasmare le stigmate sessuali, ecco che l'aplasia dell'epifisi si rileva, e cominciano i sintomi caratteristici del nostro caso.

Questa ipotesi può accordarsi con l'osservazione clinica dei tumori epifisarî degl'individui giovani constatati finora?

Sì, perchè non è detto che i tumori inibiscono la secrezione ormonica di un organo endocrino sempre, imperocchè, se essi sono di natura strumosa come quelli constatati più spesso nell'epifisi possono anzi aumentarla, stimolarla. La macrogenitosomia precoce sarebbe in tal caso non effetto di mancata secrezione interna dell'epifisi, ma di un accrescersi prematuro di essa.

In quanto all'adiposità, alla regolarizzazione di pressione endocrina, all'influenza sul metabolismo cerebrale e sulle funzioni intellettive attribuite all'epifisi questo caso non porta alcun contributo positivo, ma piuttosto negativo in quanto che l'assenza della glandola pineale non ha provato nè disturbi di nutrizione nè disturbi dell'intelligenza.

Importante è stata la concomitanza dell'anemia che per la mancanza di cause esterne, per la sua resistenza al ferro e all'arsenico, per lo stabilirsi solo all'epoca della pubertà, bisognerebbe attribuire ad una causa interna, costituzionale, ormonica e precisamente all'ipoplasia delle glandole sessuali, con cui l'emoglobinogenesi può essere benissimo in rapporto, come altre malattie aventi rapporto con le glandole sessuali hanno dimostrato.

N. GENTILE.

MEDICINA.

Classifica delle malattie sull'indice metabolico basale.

(BOOTHBY. *The Journal of the Amer. Medic. Assoc.*, 8 gennaio 1921).

L'indice metabolico basale è una misura della produzione di alcuni fenomeni termici, inerenti all'organismo vivente, sotto determinate condizioni. È in certo qual modo paragonabile alla temperatura. E come per questa le malattie distinguonsi in febbrili ed afebbrili, così per quello le malattie distinguonsi: a indice metabolico normale, a indice metabolico aumentato e ad indice metabolico diminuito.

Le malattie a indice ipermetabolico sono il gozzo esoftalmico, l'ipertiroidismo dell'adenoma tiroideo, l'iperpituitarismo e tutte le malattie febbrili. Anche nell'ipertensione arteriosa, nell'anemia perniciosa, nella leucemia, nel diabete si può presentare, almeno in uno

stadio della malattia, un aumento dell'indice basale, sebbene non molto forte.

Le malattie a indice ipometabolico sono specialmente il mixedema, quindi l'ipopituitarismo e tutti gl'ipotiroidismi. L'inanizione, il digiuno e quindi tutte le condizioni morbose, che vi costringono, quali l'anoressia nervosa, la stenosi esofagea, il cardiospasmo hanno pure diminuzione dell'indice basale.

Il gran numero di malattie non racchiuse nei gruppi anzidetti hanno normale l'indice basale.

Per le applicazioni pratiche, se vi è una nevrosi simulante col suo quadro sintomatico un ipertiroidismo, è solo con l'aiuto di questo mezzo diagnostico che si potrà risolvere il dubbio: l'aumento dell'indice, che sta per l'ipertiroidismo, non inganna. Invero in pratica circa il 95 % di tutti gli abnormemente aumentati indici basali sono, se non v'è febbre, dati dall'ipertiroidismo. È bene però tener d'occhio la curva termica degl'individui in esame, chè anche le piccole ipertermie degli stati pretubercolari possono turbare il valore della ricerca. Per la quale è importante notare che gli stati di eccitamento psichico, i dolori di capo o di reni, la dismenorrea, il raffreddore, l'indigestione, l'irrequietezza elevano di per sè l'indice di calore, e possono far mettere in conto ad una malattia un aumento di indice, che è episodico dell'epoca dell'osservazione. Onde gli aumenti lievi (+ 10 + 20) dell'indice richiedono il ripetersi della prova l'indomani.

Il valore dell'indice metabolico basale nel seguire il decorso dell'ipertiroidismo e l'efficacia del suo trattamento sono paragonabili al valore della curva termica nelle malattie febbrili, giacchè ogni variazione dell'indice importa una variazione parallela nell'attività della funzione tiroidea.

È bene conoscere, che quanto maggiore è l'indice suddetto tanto maggiore è lo sforzo al quale il paziente viene assoggettato, e maggiore quindi la relativa riduzione di forza di riserva e la probabilità di danni serii all'organismo. Analogamente a quanto avviene d'ordinario per la temperatura, che quanto più è elevata, di solito, tanto più intenso è il processo morboso, più grave il prognostico.

E come la curva termica, anche l'indice basale ha, durante una malattia, le sue oscillazioni, la sua curva, le sue remissioni, le sue crisi, ecc. In chirurgia serve come un importante criterio nella scelta di un atto operativo: in genere la mortalità è maggiore negl'individui a indice metabolico elevato.

Indici tra + 10 e — 10 % non hanno significato patologico; da — 10 e — 45 % a + 10 e +125% e più indicano abnorme produzione di calorico; una variazione di un grado e mezzo è normale, se di 6 gradi è patologica.

Per misurare questo indice vi sono apparecchi fissi e portatili per l'esame a domicilio. I più comuni sono il gazometro o metodo aperto di calorimetria indiretta, e il sistema a circuito chiuso. Il soggetto per mezzo di una maschera inspira aria esterna o della camera, nel primo sistema, aria di un recipiente chiuso e controllato, nel secondo sistema; espira poi sempre in recipiente chiuso ove l'aria espirata viene misurata e analizzata previa fissazione di CO_2 con un alcali. Il Benedict e il Jones hanno fatto finora i modelli migliori portatili. Esami comparativi hanno dimostrato differenze, tra i risultati dei due apparecchi, assai trascurabili.

Ad una cosa bisogna badare molto, alla precisione della tecnica, tenendo eziandio conto imprescindibile delle avvertenze dianzi accennate. È una ricerca di laboratorio molto delicata, e, come in tutti i casi del genere, la precisione tecnica è un coefficiente di affidamento di prim'ordine.

È da sperare che il valore della ricerca dell'indice metabolico basale, il quale nuovi orizzonti apre alla clinica e alla pratica medica, non venga sminuito per lavori inaccurati dal punto di vista tecnico, che non si curino troppo dei dettagli.

Il Thien, dovendo scegliere un apparecchio trasportabile, dà la preferenza a quello di Jones a causa della sua solidità, della relativa semplicità e dell'accuratezza della confezione: in esso è contenuta una data quantità di ossigeno, oltre una data quantità di carbone bagnato di idrato di soda, i cui scopi sono troppo evidenti perchè sia opportuno insistervi sopra.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Trattamento chirurgico dell'angina di petto con la resezione del simpatico cervico-toracico.

(TH. JONNESCO. *Presse médicale*, 9 marzo 1921).

La resezione del simpatico cervicale e del primo ganglio toracico fu proposta e praticata la prima volta dall'A. nel 1896, per la cura dell'epilessia e del gozzo esoftalmico, e più tardi per la cura del glaucoma e dell'emicrania. Nel 1916 vi ricorse contro l'angina di petto, ottenendo, nel caso trattato, guarigione completa.

Riferisce il caso: si tratta d'un uomo di 38

anni, cantore e impiegato di tribunale, sifilitico, fumatore, bevitore. Ebbe il primo accesso nel dicembre 1915 alle 10 di sera, in letto: stordimento, violenti battiti cardiaci, dolore acuto precordiale con irradiazione al braccio sinistro, sensazione di costrizione toracica e senso di morte imminente. Durò circa un'ora, lasciando poi per qualche tempo un'estrema debolezza. Un simile accesso, anche notturno, ebbe nel gennaio 1916; e nel marzo, in due notti consecutive, ebbe due accessi violentissimi, seguiti dopo qualche giorno da un altro accesso che lo decise ad entrare in ospedale e sottoporsi a qualunque trattamento. Fin dal primo accesso aveva praticato, inutilmente, una cura mercuriale.

L'esame obbiettivo non rivelò nessun sintoma tabetico o pretabetico; la Wassermann era positiva.

La punta del cuore batte al quinto spazio, l'ortodiagrafia dà un diametro trasversale del cuore di cm. 14.5 e un diametro longitudinale del ventricolo sinistro di cm. 15.5, quindi lieve aumento di volume. Anche l'aorta è dilatata. Il polso è lento (42-52 battiti al minuto), poco ampio, e presenta ogni 10-15 battiti aritmie non iscritte dall'elettrocardiografo. Respiro e temperatura normali, e così pure le funzioni digestive e le urine.

Nell'intervallo tra gli accessi quasi nessun fenomeno subbiettivo, eccetto, talora, senso di oppressione precordiale, e qualche obnubilamento dell'intelligenza.

Il paziente ebbe in ospedale un ultimo accesso, notturno, tipico. Fu destato dal dolore, e si pose a sedere sul letto, immobile, incapace finanche di chiamare aiuto. Il cuore batteva rapido e violento, l'estremo pallore del volto durò qualche minuto e fu poi sostituito da uno stato di sudore freddo. Dopo circa un'ora e mezza il malato potè nuovamente coricarsi.

Il 2 aprile 1916 l'A. procedeva alla resezione del simpatico cervico-toracico sinistro. Praticò la rachi-stricno-stovainizzazione cervico-dorsale (iniezione nel rachide, tra la prima e la seconda dorsale, di una soluzione contenente 2 centigr. di stovaina e 1 milligr. di stricnina) e resecò il gran simpatico dalla base del collo fin dentro il torace, comprendendo nella resezione i due ultimi gangli cervicali e il primo toracico. Non riferisce i tempi dell'operazione, che ha descritto altrove; dice che durante l'intervento dovè legare l'arteria tiroidea inferiore; fa notare il fatto, non privo d'importanza, che la trazione sul primo ganglio toracico e lo strappamento di esso provocò dolore violento al braccio sinistro e senso di scossa elettrica fino alle dita della mano sinistra.

La ferita operativa guarì per prima: immediatamente dopo l'operazione si ebbe diminuzione dell'apertura palpebrale dell'occhio sin., miosi estrema e fissità della pupilla sin., infossamento del globo oculare sin. nell'orbita, e tutti gli altri fenomeni della sindrome post-operatoria classica della simpaticectomia, benchè fosse rimasto intatto il ganglio cervicale superiore.

Il polso salì subito a 56, e il 3° giorno a 68, e tale si mantenne per due mesi, finchè il paziente fu dimesso. In questo tempo non ebbe alcun disturbo degno di nota: solo tre giorni dopo l'intervento avvertì senso di formicolio al braccio destro, che sparve senza dar luogo ad ulteriori disturbi. Prima di esser dimesso gli fu proposta la resezione del simpatico dell'opposto lato, che il paziente rifiutò. Fu poi perduto di vista, ma si ripresentò il 3 aprile 1920, assicurando che non aveva più sofferto alcun disturbo, che aveva sempre potuto attendere al suo doppio impiego, benchè avesse tralasciato ogni cura, e non avesse smesso di bere. Il polso, pieno, regolare, batteva 72-74 volte al minuto; il respiro era normale, non si notò alcun disturbo sensitivo-sensoriale.

Radioscopicamente l'aorta si mostrava leggermente dilatata, con parete irregolare, ispessita, con macchie ateromatose e depositi spessi e visibili, più accentuati all'inizio della porzione ascendente. Il cuore è sempre leggermente dilatato, la punta spostata in basso e in fuori. La sindrome oculare della simpaticectomia è ancora visibile, e produce un'asimmetria della faccia, che può far credere, erroneamente, a un'emiatrofia.

Nella critica del caso, l'A. ritiene definitiva la guarigione, per la mancanza di ulteriori accessi nonostante la persistenza delle lesioni aortiche.

Ricorda che fin dal 1899 Fr. Frank estendeva le indicazioni della simpaticectomia all'angina di petto: egli ammetteva, come l'A., e come ammettono oggi i più, che l'angina di petto dipende dall'irritazione del plesso nervoso cardio-aortico, ed è quindi un'affezione nevralgica; punto di vista che è difeso sopratutto da Vaquez. Vi sarebbe sempre, negli anginosi, una aortite cronica, che irrita i filetti nervosi del plesso, e lo stimolo si trasmetterebbe, secondo Fr. Frank, principalmente per mezzo dei filetti sensitivi ascendenti che partono dal plesso cardio-aortico, passano nel simpatico cervico-toracico, e raggiungono i centri midollari e cerebrali per tre vie: per la catena prevertebrale, per il nervo vertebrale, e per i rami comunicanti dorsali del primo ganglio toracico.

Vi sono dunque vie afferenti dagli organi to-

racici, e anche addominali, al simpatico cervico toracico, e vie efferenti da questo verso i centri nervosi, donde poi, per riflesso, le turbe circolatorie, sensitive, e motrici nel dominio di questi centri.

L'ideale, per interrompere l'arco riflesso, sarebbe poter sezionare soltanto i nervi centripeti che dal plesso cardioaortico conducono gli stimoli verso i centri cerebromidollari: ma le vie centripete sono così intimamente fuse con le centrifughe, che ciò risulta impossibile, e non resta altro mezzo, per interrompere l'arco, che resecare la totalità dei cordoni e gangli che inglobano fibre centrifughe e centripete.

Riguardo all'estensione dell'intervento l'A. fa notare che fin dal 1896 egli riteneva inutile la semplice sezione, o la resezione parziale del simpatico cervicale, contro il gozzo esoftalmico; riteneva necessaria, d'accordo con Fr. Frank, la resezione totale con asportazione della massa ganglionare inferiore, cervico-toracica, onde sopprimere insieme il nervo vertebrale, e i rami comunicanti dorsali. Ciò è anche più vero nei riguardi dell'angina di petto. L'A. lascia in posto il ganglio cervicale superiore, reputando inutile la sua resezione, dopo averne distrutto le connessioni periferiche.

Con la sua operazione l'A. ritiene scongiurati i pericoli, oltrechè le sofferenze, dell'angina di petto. Infatti, non avendo più luogo la vasocostrizione riflessa, non potrà prodursi l'ischemia del bulbo, che sembra essere la vera causa della morte improvvisa.

È ben conosciuta l'azione vasocostrittiva del simpatico cervicale sui vasi bulbari, per mezzo del nervo vertebrale: quest'azione è soppressa con la sezione del nervo e l'asportazione del ganglio cervico-toracico.

In teoria, la resezione del simpatico dovrebbe farsi bilateralmente, ma di fronte al risultato ottenuto con la sola resezione a sinistra, l'A. ritiene, fino a prova contraria, che questa sia sufficiente. Ciò è in accordo col dato clinico che le manifestazioni dolorose dell'angina pectoris, che è in sostanza una nevralgia, si limitano alla metà sinistra del torace e al braccio sinistro: questa considerazione anzi indusse l'A. a praticare prima la resezione da questo lato. L'operazione si potrebbe poi ripetere dal lato opposto se in qualche caso la resezione unilaterale si mostrasse insufficiente. Il caso finora trattato è uno solo, ma il risultato è tanto incoraggiante che l'A. non esita a consigliare vivamente la sua operazione, che egli ritiene semplice e benigna, e che si è mostrata sì efficace contro una malattia tanto grave e che minaccia costantemente la vita.

DORIA.

IGIENE.

Osservazioni sulla durata della vita e sulle abitudini degli anofeli.

Il sen. Grassi (*Bollettino della R. Accademia Nazionale dei Lincei*, 27 novembre e 5 dicembre 1920) ha compiuto una serie di esperienze in condizioni eccezionalmente favorevoli. Egli ha prescelto la località di Maccarese, ove tutte le abitazioni umane sono protette contro l'ingresso delle zanzare e queste non dispongono che di pochissimi rifugi entro un raggio di 5 chilometri (alcune case sulla spiaggia erano disabitate al momento delle ricerche). In 14 riprese, ha fatto mettere in libertà circa 10,000 anofeli, colorati ogni volta con aniline diverse; ma non riuscì più a farne catturare che una percentuale esigua (circa 1.8 %), malgrado la diligenza delle ricerche e la facilità con cui potevano essere eseguite le catture; dopo 12-14 giorni, non fu mai possibile di catturarne più nessuno. Data la copia e la varietà delle ricerche e le condizioni ambientali in cui si svolsero, l'A. ammette una sola spiegazione attendibile, e cioè che durante la stagione calda la vita degli anofeli adulti è brevissima.

Ricerche del genere erano state eseguite da Rouband e da Griffiths in condizioni molto meno dimostrative; quindi Grassi crede di poter scartare le conclusioni a cui questi autori erano giunti: Rouband aveva supposto che gli anofeli morissero facilmente solo in locali chiusi, e Griffiths che all'aperto si disperdessero, in modo che fosse poi difficile di ritrovarli; le ricerche di Grassi invece escludono o limitano queste due spiegazioni e portano al dato nuovo che abbiamo riferito: cioè la vita degli anofeli è brevissima nei mesi estivi.

Osservazioni precedenti dello stesso A., sulle quali non ci soffermiamo, convalidano lo stesso assunto.

La precarietà della vita degli anofeli concorre a spiegare l'anofelismo senza malaria: difatti non basta la semplice presenza di anofeli in una località per determinarvi la diffusione della malattia, anche se non mancano i soggetti gametofori; ma occorre che gli anofeli siano abbondantissimi, per sopperire col numero alla breve durata della loro vita: su 100 anofeli infettatisi, forse uno solo riuscirà a sopravvivere 13-15 giorni, quanti se ne richiedono in estate perchè gli sporozoiti raggiungano le glandole salivari.

Ci si spiega allo stesso modo perchè la smobilitazione dei militari malarici non abbia determinato che fugaci riaccensioni dell'endemia malarica, in località non densamente anofeliche.

Un altro fatto posto ora in rilievo dal Grassi è che gli anofeli, dopo essersi allontanati dal luogo dove hanno punto, mostrano la tendenza a ritornarvi. È questo un istinto che trova riscontro in altri animali inferiori. Il fatto vale a spiegarci l'esistenza delle « case malariche », dimostrata in Italia da Gosio, Falcioni, Piras e riconosciuta anche nelle Indie.

La tendenza degli anofeli a tornare nella stessa località è però limitata e va intesa in senso relativo.

Queste osservazioni del Grassi provano, tra l'altro, che i calcoli di Ross, Sella, Gorgas, sui rapporti tra la densità delle zanzare e la diffusione della malaria o della febbre gialla, sono del tutto aleatorî; difatti non hanno tenuto conto dei due coefficienti che il Grassi ha ora dimostrato. L'applicazione della matematica alla biologia è sempre infida!

L. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. DESCHAMPS. *Les maladies de l'esprit et les asthénies.* — Editore F. Alcan, Parigi. — Prezzo franchi 20.

L'A. espone nuove ed originali vedute sulla essenza della neurastenia, che egli riferisce ad un difetto dell'energia biologica, dell'energia fondamentale dell'organismo, dal quale sarebbero determinati i disturbi neuro-psichici.

La parte del libro che desta maggiore interesse è quella dedicata allo studio psicologico del neurastenico, studio dal quale egli desume il meccanismo fisiologico della psiche. La malattia decompone lo spirito e permette di coglierne gli elementi *formativi* meglio che la introspezione. Da questo materiale di studio esaminato con metodo rigoroso, con acutezza di osservazione e profondità di intuito l'A. ha raccolti fatti che lo hanno condotto a concepire un sistema filosofico personale sulla origine delle idee e sui rapporti tra spirito e corpo.

DR.

E. RIGNANO: *Psicologia del ragionamento.* — Editore N. Zanichelli, Bologna. — Prezzo L. 22.

Il ragionamento è il più complesso fenomeno psichico e risulta dal *giuoco* combinato di molteplici attività dello spirito. Lo studio pertanto del ragionamento non può farsi senza l'analisi dei suoi componenti. Il libro del Rignano è quindi un vero trattato di psicologia: un trattato originale che desterà molto interesse per il modo col quale è condotto, per le idee che vi sono sostenute. Il Rignano scomponendo ed analizzando riconduce tutte le attività dello spirito ad una proprietà generale e fondamentale della vita: la tendenza affettiva.

Un capitolo importante è dedicato alla patologia del ragionamento, che rischiara più d'un punto relativo alle aberrazioni dello spirito.

DR.

A. G. GUILLAUME. *Le Sympatique e les systèmes associés.* — Masson, éd., Paris, 1921. Pr. fr. 18.

Il libro che l'A. ci presenta in questa seconda edizione, rinnovato ed arricchito di nuovi fatti, si propone di colmare quella lacuna che d'ordinario si ritrova nei trattati anche moderni: fornire cioè le nozioni anatomo-fisiologiche e farmacologiche, necessarie per l'esame e lo studio clinico dei malati, i quali presentano segni di alterazioni del sistema simpatico e dei sistemi associati.

Per la comprensione dei problemi che riguardano il sistema della vita vegetativa, l'A. nulla ha lasciato di intentato: utilissimi sono gli schemi, alcuni personali, altri bene scelti dai maggiori studiosi dell'argomento. Ma la morfo-fisiologia del sistema simpatico non può essere considerata a sè: essa ha così intimi legami con l'apparato delle glandule a secrezione interna, e con tutto l'apparato della vita organica, che opera incompleta ed inutile avrebbe fatto colui, che gli stretti legami avesse trascurato dal mettere nella giusta evidenza. Guillaume si può dire di queste connessioni anatomiche e funzionali ha fatto lo scopo del libro.

I pregi della chiarezza, della brevità, l'eleganza del volume, accurato e ricco di illustrazioni utili, renderanno assai accetto il volume al pubblico medico italiano.

t. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

MAGLIONI LUIS. *Mis treinta y siete dias de ayuno.* — Buenos Ayres, 1920.

MARTELLI CARLO. *Preleucemie o stati preleucemici nella infanzia.* — Napoli, 1920.

LAMAR VEGA. *Tablas de vida de la Ciudad de la Habana.* — Habana, 1920.

DE FAVENTO PIERO. *Note sulla cura moderna della sifilide.* — Milano, 1920.

CANDIDO G. *Due nuovi casi di lebbra.* — Lecce, 1920.

MARMO SERAFINO. *Un altro modo di ravvivare i neonati asfittici.* — Milano, L. F. Cogliati, 1920.

RONCHETTI VITTORIO. *Dita ippocratiche e particolare alterazione della formula ematologica.* — Milano, 1919.

PASINI A. *Il Neojacol nella cura della sifilide.* — Milano, 1920.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 24 aprile 1921.

Presidenza: Prof. G. MIRANDA, presidente.

La pretesa esistenza di anastomosi artero-venose nelle pareti del cuore.

VASTARINI-CRESI prof. GIOVANNI. — Prendendo le mosse da un lavoro del dott. A. Nussbaum (il quale, nel 1912, avrebbe osservato nelle pareti del cuore umano comunicazioni dirette tra le arterie e le vene) e, dopo aver ricordato che egli, per primo, circa venti anni fa, aveva affrontato, con esito negativo, lo stesso problema, espone alcune sue nuove ricerche, dalle quali trae le seguenti conclusioni:

1° Nelle pareti del cuore non esistono tra le arterie e le vene quelle dirette comunicazioni che furono sicuramente dimostrate in altre regioni del corpo dei mammiferi e che, non soltanto per l'ampiezza del loro lume, ma anche, e sopratutto, per la loro particolare costituzione istologica, meritano il nome di *anastomosi artero-venose.*

2° Le dilatazioni più o meno estese finora osservate lungo il decorso dei capillari sotto-epicardici, debbono essere considerate come prodotti artificiali della tecnica usata ed in ispecie della *compressione* alla quale i preparati furono sottomessi durante il loro allestimento.

3° La mancanza di anastomosi artero-venose nelle pareti del cuore non esclude la possibilità di una circolazione *superficiale derivativa* quando, per ostacolato deflusso nel miocardio, essa si renda necessaria. In tal caso il sangue esuberante potrà, per l'aumentata pressione nelle arterie superficiali, vincere la resistenza (verosimilmente assai considerevole) delle reti capillari sotto-epicardica e pericoronaria (*vasa-vasorum,* la cui grande abbondanza l'O. per primo segnalò) e scaricarsi o nel seno coronario (durante la diastole dell'atrio) od anche (durante la sistole atriale) nei vasi del pericardio parietale, coi quali i vasi coronari comunicano appunto mediante i *vasa-vasorum* dei grandi vasi (aorta, a. polmonare, vene polmonari, vena cava inferiore).

Contributo all'intervento sulla colonna vertebrale per ferita d'arma da fuoco.

SORRETINO prof. FRANCESCO. — Riferisce su di una ferita d'arma da fuoco (revolver) che aveva fratturata la lamina sinistra della 12ª vertebra dorsale. L'infermo presentava paralisi di moto e di senso degli arti inferiori e paralisi della vescica e contemporaneamente dolori acutissimi che dalle due regioni inguinali si diffondevano alle estremità dei piedi. L'intensità del dolore avea sede specie nella regione antero-interna delle cosce. Queste algie insorsero subito dopo il ferimento, durarono acute per le prime 24 ore, diminuirono nel 2° giorno e scomparvero nella 3ª giornata. Dopo 48 ore dal trauma comparve decubito alla regione sacrale. Mercè la laminectomia della 11ª e 12ª lamina vertebrale di sinistra si estrasse il proiettile, che avea lacerata la dura e comprimeva la midolla senza lederla. I disturbi motorî e sensitivi, nel periodo di 20 giorni, gradatamente quasi scomparvero e così pure ebbe termine la paralisi della vescica. Anche la piaga da decubito al sacro, al 25° giorno era guarita. I disturbi radicolari l'O. li attribuì alla commozione, dato che cessarono prima dell'intervento avvenuto in 4ª giornata, mentre la sindrome midollare trovava la sua ragione nella compressione della midolla. L'operato lasciò l'Ospedale dei Pellegrini, dopo due mesi, residuando una paresi degli arti inferiori evidente specie quando l'infermo lasciava 'l letto e lo si invitava a camminare, mentre in posizione supina fletteva ed estendeva come di norma le gambe sulle cosce e queste sull'addome. Il caso clinico è degno di nota, poichè ai sintomi midollari erano accompagnati chiari fenomeni radicolari per commozione delle radici spinali.

La plagiocefalia: importanza del grado nella significazione semeiotica in Clinica criminalogica e rapporti di dipendenza dei gradi avanzati con la sinostosi precoce unilaterale della coronale.

ZUCCARELLI prof. ANGELO. — Ricorda una sua classifica, presentata fin dal 1894 e non contradetta, fondata appunto sulla distinzione di varî *gradi* della plagiocefalia, da quello *lievissimo,* osservabile in tutti i crani, anche nei meglio conformati, e quello *avanzato* o *classico,* di significazione fin quasi *specifica,* di cui i processi e meccanismi di produzione sono spesso evidentissimi.

Quindi presenta e illustra 2 crani, appartenuti ad individui epilettici, ambedue *idrocefalici* e con *classica plagiocefalia anteriore o frontale,* l'uno a sinistra e l'altro a destra; nei quali è evidentissimo, nel lato affetto, il *saldamento sinostotico precoce,* completo, della metà della coronale, mentre l'altra metà della sutura presentasi ancora con larghi ingranaggi, senza alcun saldamento.

Per tal modo s'induce chiaramente come la metà frontale affetta sia rimasta precocemente inestensibile, e perciò meno sviluppata e depressa a grado rilevantissimo. E giacchè, inoltre, l'intera metà craniale del lato affetto presentasi ridotta di volume, s'induce di leggeri come di dentro sia anche rimasto ostacolato lo sviluppo del corrispondente lobo cerebrale anteriore, non solo, ma dell'intero emisfero del cervello. Ciò che, trattandosi di due epilettici, appoggia e suffraga la teoria dinamica della *patogenesi* della epilessia.

Riguarda poi anche i rapporti della plagiocefalia avanzata con la idrocefalia, notando come non si tratti solo di *effetto meccanico* subìto dalle ossa craniche per pressione interna dell'abnorme liquido raccolto, sibbene anche di *partecipazione* delle ossa stesse al processo irritativo o infiammativo sofferto dal cervello; donde la *lenta osteite* che induce il saldamento precoce.

Infine l'O., per risalire alle origini patogenetiche dell'anomalia, ricorda come per gli studi del Fournier ed altri, il processo di *sinostosi precoce* di varie suture sia stato messo alla dipendenza di *sifilide ereditaria.* Ma egli rammemora pure la triste influenza dell'*ereditarietà alcoolica,* di cui così spesso è figlia l'idrocefalia e che è elemento etiologico che figura in uno dei crani illustrati.

A. CHISTONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Sintomi orali nelle varie malattie.

In una breve rivista del *Morgagni* (Parte II, n. 4, 1921) vengono schematizzati gli insegnamenti che può dare l'esame della cavità orale, e annessi, in patologia.

La lingua per lo più presenta una patina — miscela di epitelio piatto con muco, saliva, leucociti, batteri, cibo — non caratteristica di alcuna malattia. Caratteristico è l'aspetto a *lampone* che la lingua assume nella *scarlattina*, per l'ingrossarsi e il rilevarsi delle papille infiammate.

Note sono le macchie del Koplick — bianco azzurro, spesso con alone roseo e un po' rilevate — comparenti sulle labbra e sulla faccia interna delle guancie nel *morbillo* durante lo stadio preeruttivo e dileguantesi con l'inizio dell'esantema.

La tubercolosi può dar luogo sulla mucosa della bocca ad ulceri con margini irregolari, netti, scollati, col fondo giallastro, con noduli miliari. Le ghiandole linfatiche regionali sono tumefatte e limitate alle regioni cervicali e mascellari.

La sifilide può dar luogo specialmente a placche mucose — ispessimenti epiteliali, grigio bianco, un po' rilevati, lassi, con alone arrossato sottile. Facilmente vengono scambiate con la *leucoplachia o psoriasi* della lingua propria dei fumatori.

La gonorrea della mucosa orale si osserva quasi solo nei neonati.

Stravasi sanguigni (puntiformi, a striscie, a placche), stomatiti con tumefazione ed ulcerazione gengivale ed orale si riscontrano nelle malattie del sangue (anemia perniciosa, leucemia, emofilia, scorbuto, morbo maculoso, ecc.), spesso nella malattia di Möller-Barlow, nella colemia secondaria alle gravi infezioni del coledoco, nelle sepsi.

Secchezza della bocca, gengivite, raramente stomatite, spesso carie dentaria si hanno *nel diabete mellito*.

Frequente è la piorrea alveolare *nel diabete*, rara nella gotta e in altre malattie del ricambio.

Edema dell'intiera mucosa orale e faringea, stomatite ulcerosa, si riscontrano spesso *nell'uremia*.

Nel morbo di Addison la diagnosi viene assicurata da pigmentazioni che appaiono sulla mucosa delle guance, labbra, gengive.

Gli esantemi medicamentosi da antipirina, chinina ecc., spesso si accompagnano ad eruzione erpetica sulla mucosa orale.

Stomatite mercuriale caratteristica, orlo gengivale saturnino, precipitati dei rispettivi sali nei pori della mucosa della bocca, si riscontrano negli *avvelenamenti da mercurio, bismuto, rame, piombo, arsenico, argento.*

Fra le malattie della mucosa boccale vanno citate *le afte* dei fanciulli, la *stomatite ulceromembranosa*, comunemente detta *Angina di Plaut-Vincent*, perchè dalle gengive non di rado si diffonde al palato, faringe, tonsille; anzi in alcuni casi si localizza esclusivamente alle fauci.

L'angina di Ludwig è una stomatofaringite flemmonosa che secondo l'Albu ha per punto di partenza il pavimento della bocca.

Malattie parassitarie della bocca e delle fauci sono: *l'actinomicosi* che si diffonde dalla gengiva alla mucosa delle gote e alla lingua in forma di flemmone profondo che in alcuni casi si estende fino alla parte inferiore della gola, dando luogo ad una sindrome simile a quella dell'Angina di Ludwig: sua localizzazione più frequente è quella nelle ossa, specialmente nel mascellare inferiore.

Il mughetto dai sintomi noti.

La parulide è una tumefazione infiammatoria della gengiva che ha per punto di partenza una periostite radicolare e per esito un ascesso che lascia dietro a sè una fistola guaribile mediante l'estrazione del dente malato.

L'epulide è un tumore pigmentato maligno della gengiva. Per infezioni provenienti talora dalla cavità buccale, si hanno *parotiti acute infettive primitive e secondarie.*

L'infiammazione cronica delle ghiandole salivari è in molti casi dovuta a calcoli *salivari o scialoliti.*

Il morbo di Mikulicz (tumefazione linfomatosa) può colpire le ghiandole salivari, le lacrimali, e le palatine.

Malattie nervose della cavità orale si hanno anche: paralisi del VII, della lingua; iperestesie, parestesie, ipoestesie, ecc.

Frequente è la *scialorrea* (infiammatoria, riflessa, centrale), rara la *xerostomia* da cessazione della secrezione salivare.

Disturbo trofico notevole è il *mal perforante buccale.*

Vanno anche ricordati i disturbi della *prima dentizione*, le affezioni dentarie prodotte da rachitismo, sifilide, scrofolosi.

Il foetor ex ore nella maggior parte dei casi ha una origine locale (malattie dei denti o bocca), in altri origina da malattie della fa-

ringe, in specie delle tonsille (infezioni croniche delle cripte), del cavo naso-faringeo, del cavo nasale (ozena) e delle cavità accessorie: può originare da stenosi, dilatazioni, diverticoli dell'esofago, da malattie dello stomaco (ectasia), da cancri ulcerati dello stomaco e dell'esofago, da bronchite fetida, da gangrena, ascesso polmonare. MONTELEONE.

CASISTICA E TERAPIA

Sulle infezioni quiescenti (Osteomieliti recidivanti, tumori flogistici).

La loro importanza venne debitamente riconosciuta appena in quest'ultima guerra. Cicatrici vecchie, completamente guarite, si riaprono non di rado dopo molti mesi, talvolta con sintomi di infezione settica fulminante. Schreiber descrive recidive tarde di tetano e di flemmoni gassosi. Noti a tutti sono pure gli ascessi tardivi dopo appendicite e tifo. Alla stessa categoria appartengono i cosiddetti tumori flogistici di Schloffer, dovuti a suppurazioni perisuturali dopo operazioni radicali di ernie. Most, nella *Berl. Klin. Wochenschrift*, n. 16, 1920, descrive uno di questi tumori in un operaio ventitreenne, in cui poco dopo l'operazione insorse una tumefazione lentamente crescente all'inguine corrispondente. 14 mesi più tardi fu constatato un tumore della grandezza della testa d'un neonato, che si estendeva sino al bacinetto. Dopo cataplasmi si formò un piccolo ascesso con esito in guarigione. Esempi tipici delle infezioni quiescenti sono le osteomieliti recidivanti. (Melchior, Haberland). Il Most ebbe occasione di osservarne 2 casi. Nel primo una osteomielite dell'omero recidivò 16 anni dopo la sua perfetta guarigione in seguito agli strapazzi della vita militare; nel secondo l'antico focolaio pure nell'omero, rimasto per 10 anni completamente senza sintomi, si riaccese dopo una contusione in seguito a caduta. Secondo Fraenkel il midollo osseo costituisce un terreno oltremodo adatto per il microbismo latente, specie se vi si trovano residui di tessuto di granulazione oppure sequestri. Degno di nota è nei due casi sopraccennati l'intervallo perfettamente libero, oltremodo lungo. Un terreno favorevole offrono pure i residui d'ascessi, il tessuto necrotico e le caverne da corpi estranei. Tessuto cicatriziale solido e privo di reazione, sarebbe secondo Reinhardt e Perthes, sterile. L'autore peraltro vide ripetutamente dopo operazioni tardive di feriti di guerra, riaccendersi il processo flogistico (due volte in forma molto grave) senza che fosse stato possibile rintracciare il minimo residuo di tessuto di granulazione. Egli raccomanda perciò la massima prudenza nelle operazioni plastiche di cicatrici dovute a ferite di guerra. *m. p.*

Setticemie pneumococciche primitive e pneumococcie meningee parapneumoniche.

M. Lafforgue aveva già riferito di alcuni casi di setticemia pneumococcica nei quali mancava qualsiasi segno di localizzazione del germe, e la presenza del diplococco lanceolato, quale agente della setticemia, era stata indicata soltanto dall'emocoltura. L'A. insisteva sulla necessità di seminare una certa quantità di sangue (almeno 20 cc.) in brodo, in modo che il sangue venisse diluito all'1:10.

Nei *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Höpitaux de Paris* (N. 7, marzo 1921) egli riporta il caso di un malato di polmonite nel quale comparvero, in seconda giornata, vomito e cefalea frontale intensa. La puntura lombare diede esito a liquido limpido a pressione aumentata. Modica linfocitosi nel sedimento. Negativa la ricerca microscopica di germi. Dalle culture del *liquor* (30 cc. di *liquor* in 250 cc. di brodo) si sviluppò un pneumococco che uccideva il coniglio in 48 ore per iniezione intraperitoneale. Le culture praticate seminando 5 cc. di *liquor* rimasero sterili.

Le successive punture lombari non mostrarono modificazioni ulteriori del *liquor* nei riguardi della trasparenza e della linfocitosi, ma le culture furono costantemente negative. L'A. crede si tratti di un caso di pneumococcia meningea parapneumonica, e insiste sulla necessità di usare forti quantità di *liquor* nelle culture, e di diluire il *liquor* nel mezzo di cultura nella proporzione di circa 1 a 10. Ritiene che nei casi indicati con la denominazione di meningismo si tratti di localizzazione nelle meningi di germi che solo usando determinate cautele tecniche possono essere messi in evidenza. TR.

Contributo allo studio della periproctite gonococcica.

La gonorrea del retto descritta per la prima volta da Hecker nel 1779 e meglio studiata dopo la scoperta del gonococco, è rara negli uomini e più o meno frequente nelle donne. Le non piccole differenze tra le diverse statistiche sono dovute, oltre che alle varie condizioni civili degli ammalati presi in esame, ad una più o meno rigorosa ricerca bacteriologica. Per analogia a quanto si riscontra nella gonorrea uretrale, si può pensare che il processo blenorragico, quando si impianti sulla mucosa rettale determini delle localizzazioni profonde, ghiandolari e linfatiche, specie delle ghiandole del Lieberkühn con infiltrazione e ascessi periretali. E si può anche ammettere che altri germi si sovrappongano al gonococco determinando delle infezioni secondarie localizzate. J. Almkvist (*Acta Dermato-Venereologica*, ottobre 1920) riporta un caso caduto sotto la sua osservazio-

ne. Si tratta di una donna di 21 anni contagiata di blenorragia il 18 ottobre 1919. Il 18 novembre l'ammalata notò una piccola tumefazione a destra dell'orificio anale con dolori nella defecazione. Positiva la ricerca del gonococco dall'uretra e dal retto. La tumefazione avvertita dall'inferma e che all'inizio era del volume di una nocciuola, il 28 novembre aveva assunto le dimensioni di una noce, di colorito rosso vivo nettamente fluttuante al centro. L'aspetto era quello di un ascesso anale. La puntura della tumefazione diede esito a liquido sanguino-purulento, che esaminato direttamente e coltivato dimostrò la presenza del gonococco in cultura pura. Come conferma il caso citato, può un ascesso anale essere di pura natura gonococcica, e un processo perirettale gonococcico può assumere la forma clinica di un ascesso anale. L'ipotesi più verosimile è che l'ascesso si sia formato da una localizzazione del processo gonococcico nelle ghiandole della porzione inferiore del retto, analogamente a quanto si riscontra negli ascessi che si formano attorno alle ghiandole del Bartolini.

D'altro canto la facilità con la quale altri germi possono impiantarsi su un focolaio gonococcico e sostituire anche il gonococco può fare ammettere l'ipotesi che in molti casi di ascessi anali nei quali solo si riscontrano i comuni germi, il punto di partenza della lesione sia stata la localizzazione del gonococco sulla mucosa e sulle ghiandole del retto. TR.

Siero antistreptococcico e vaccini streptococcici.

Il siero antistreptococcico, dice G. H. Weaver (*The Journ. of the American medical Association*, tomo LXXVI, n. 1), non ha un grande valore; il suo uso nel comune trattamento delle infezioni da streptococchi è poco consigliabile e deve essere, in ogni modo, sempre preceduto da un esame batteriologico. Siccome questo siero sembra che agisca sopratutto per opera delle opsonine che contiene, è di capitale importanza di usarlo precocemente, prima che l'attività fagocitaria dei globuli bianchi sia diminuita di troppo. Per la maggior parte, i sieri antistreptococcici sono polivalenti, ma ciò è a detrimento del loro potere curativo: sarebbe preferibile possedere sieri preparati contro ciascuna varietà.

Il siero è sopratutto indicato nelle infezioni locali, dove esso deve esser messo a contatto coll'agente patogeno: p. es. sulle piaghe, negli empiemi (30 a 50 cmc. nella pleura dopo l'aspirazione del pus), nella meningite (iniezioni intarachidee da 20 a 30 cmc. combinate a iniezioni intramuscolari o intravenose). L'azione nociva degli accidenti da siero di fronte all'evoluzione della malattia stessa va presa in considerazione e non si farà uso della sieroterapia se non dopo aver ben vagliato i vantaggi e gli svantaggi di questa: in tal guisa si ricorrerà eccezionalmente alla sieroterapia, almeno nelle infezioni generali. È prudente saggiare in antecedenza la suscettibilità del soggetto verso il siero di cavallo con l'iniezione intradermica di una piccola quantità di siero; nel caso di assenza di reazione, si può iniettare senza esitazione la dose curativa, altrimenti bisognerà usare il metodo di dissensibilizzazione di Besredka.

I soli vaccini da usare sono gli autovaccini, essendo le varie razze di streptococchi molto differenti fra loro dal punto di vista immunologico. L'uso di vaccini polivalenti non è consigliabile. I vaccini streptococcici sono controindicati nelle infezioni acute e nelle infezioni generali, condizioni nelle quali l'organismo svolge già tutta la sua attività formatrice di anticorpi. Nelle infezioni locali subacute o croniche, l'autovaccino per iniezioni sottocutanee dà spesso risultati molto brillanti. La dose iniziale non deve sorpassare i 10, 12 milioni e deve essere in seguito aumentata progressivamente. Una reazione locale moderata è desiderabile, ma l'apparizione di sintomi generali indica che la dose usata è troppo forte.

E. BENEDETTELLI.

L'uso dei vaccini e dei sieri nell'uretrite gonococcica e sue complicanze.

Osserva I. T. Geraghty (*The Journ. of the American medical Association*, vol. LXXVI, n. 1) che per molto tempo l'utilità della vaccinoterapia dell'uretrite gonococcica è stata controversa. A poco a poco gli spiriti imparziali sono arrivati a concludere per la sua inefficacia. Tutte le modificazioni successivamente proposte, stock-vaccini e autovaccini, dosi deboli e dosi forti, si sono mostrate prive di qualsiasi valore.

Al contrario, nelle complicazioni acute dell'uretrite, quali l'epididimite e l'artrite, la vaccinoterapia dà soventemente brillanti risultati, ma questi non possono essere attribuiti a un'azione specifica: si possono ottenere altresì buoni risultati coll'uso di altri vaccini o di proteine eterogenee.

Nella maggior parte dei casi favorevoli, la vaccinoterapia è seguita da vivaci reazioni dell'organismo, febbre elevata, leucocitosi, ecc., che sono spesso allarmanti e che non possono essere prive di danno.

Nell'epididimite, l'iniezione intramuscolare da 5 a 15 cmc. di siero normale di cavallo determina nella metà circa dei casi un miglioramento dei fenomeni dolorosi nelle 3, 5 ore successive, senza che la risoluzione delle lesioni epididimarie sia accelerata nè l'uretrite influenzata.

E. BENEDETTELLI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

DIBATTITI PROFESSIONALI.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie e la sistemazione del servizio di assistenza sanitaria

per il dott. DOMENICO FALCIONI.

Desideriamo esporre alcune osservazioni sul servizio di assistenza sanitaria suggeriteci dall'esercizio professionale e che, nell'eventuale applicazione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, stimiamo utile siano tenute presenti, per raggiungere quella migliore sistemazione di detto servizio che è nei voti di tutti.

Provveduto con relative leggi agl'infortuni agricoli ed industriali, all'inabilità, alla vecchiaia e perfino alla disoccupazione, si rende non solo opportuna, ma indispensabile la sistemazione del servizio di assistenza sanitaria dal punto di vista economico, non rispondendo allo stato attuale a criteri di praticità e giustizia.

Come infatti è ben noto, mentre una gran parte della popolazione non è nè ricca nè povera, e sarebbe giusto che per tale circostanza potesse avere un adeguato trattamento, che potesse cioè solo in parte contribuire alle spese di assistenza sanitaria, oggi non esistono, secondo la legge vigente, che poveri o ricchi e di conseguenza, a meno che iniziative private non suppliscano all'inconveniente, o si dovrebbe avere tutto gratis o si dovrebbe tutto pagare a tariffa.

Mentre chi riesce ad avere la tessera di povertà, può avere a disposizione: medico, medicine, ospedali, visite in ambulatori per malattie comuni e speciali, cure fisiche, cure di protesi dentaria, alcune specialità farmaceutiche, può godere in una parola di tutte le possibili forme di assistenza e, pei figli, libri scolastici, refezione, indumenti, invio in stazioni climatiche, ecc., ecc., tante e tante altre persone che talora si trovano in peggiori condizioni — nelle grandi città è difficile la designazione del vero povero, la burocratizzazione della povertà se non ci si limita all'indigente — devono fare a meno di tutto o provvedersi tutto a proprie spese.

Si comprende quindi facilmente come a causa di una così illogica distinzione possano verificarsi favoritismi, abusi o danni considerevoli se non addirittura disastri per le famiglie, come per molti si perpetui uno stato deplorevole d'incertezza sui propri doveri e diritti in fatto di assistenza sanitaria e come riesca penoso pei medici dare il parere sulla concessione delle tessere di povertà perchè, da un lato si vorrebbe largheggiare su detta concessione, non riuscendo possibile alla maggior parte delle persone provvedere a tutte le spese di assistenza, dall'altro però si è costretti limitarla, altrimenti, dato i diritti che ne derivano, si correrebbe rischio di far fallire i grandi Comuni e di crearsi addirittura schiavi di tutti.

Nè questo solo inconveniente è da rilevarsi allo stato attuale del servizio di assistenza: se nei grandi Comuni c'è da deplorare una ingiusta distribuzione delle spese di detta assistenza più che la mancanza d'istituzioni sanitarie, sebbene queste non siano mai adeguate ai bisogni, in tanti altri le popolazioni non possono fare assegnamento che sul servizio medico domiciliare e sul farmaceutico. Diventa un problema in molti Comuni, sebbene per lodevole iniziativa delle autorità provinciali in parte si provveda, essere ricoverati in qualche ospedale, essere visitati da specialisti, potere inviare al mare un predisposto alla tubercolosi o un malato di tubercolosi ossea; manca perfino in taluni il più modesto ricovero da offrire a qualche povero tisico ridotto agli estremi e divenuto ormai di peso perfino alla famiglia!

C'è, in una parola, tanto da fare per sistemare il servizio di assistenza sanitaria, sia per dare vita o mantenere floride almeno le più indispensabili istituzioni, sia per rendere possibile a tutti indistintamente, a qualsiasi Comune appartengano, di poterne in equa misura beneficiare; non si tratta certo di cosa semplice e facile, si tratta di risolvere uno dei problemi più delicati e complessi della vita civile, ma un progresso sui sistemi vigenti, un perfezionamento di essi, sarà sempre possibile raggiungerlo.

* * *

Si afferma che con la legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, di prossima discussione, nello stesso tempo che saranno migliorate sotto ogni punto di vista le condizioni morali e materiali dei medici, sarà possibile svolgere tutto un programma d'igiene e profilassi sociale e provvedere ai lavoratori servizio medico ambulatorio, domiciliare ed ospedaliero, servizio farmaceutico e perfino sussidio durante le malattie.

Non occorre rilevare l'importanza della previdenza e la necessità, dato che essa è prerogativa di pochi, d'inculcarla sforzandosi di vincere l'ignoranza, la diffidenza e l'egoismo, per ritrarre i grandi benefici che può dare, ma coll'assicurazione obbligatoria contro le malattie, che ne è una applicazione, si potrà risolvere totalmente il problema dell'assistenza sanitaria?

Se fosse possibile non c'è che d'augurarsi che ben venga e presto questo assetto ideale, ma, se indiscutibilmente in teoria si dovrebbe ammettere, all'atto pratico, dato lo stato attuale di coltura, educazione ed abitudini delle popolazioni, c'è da metterlo assai in dubbio.

Bisognerebbe supporre che lo spirito della legge, la quale si propone di soccorrere i sofferenti col concorso di tutti, venisse universalmente compenetrato, bisognerebbe contare sopra una grande onestà ed una generale discrezione nell'uso dei servizi di assistenza sanitaria ed invece bisogna tenere presente — purtroppo l'insaziabilità è umano difetto — che gran parte delle persone, ritenendo di avere finalmente raggiunto la possibilità di avere a disposizione medico, medicine e sussidio, vorrà usarne senza quel risparmio che si pra-

tica con ciò che si paga direttamente e che pur si rende indispensabile, bisogna tener presente che la facilitazione del servizio di assistenza, oltre ad acuire il desiderio di approfittarne, potrà prestarsi a creare pretenziosi, simulatori, infingardi, i quali, per disturbi i più lievi compatibili col lavoro, se non addirittura immaginari, specialmente se non perdessero lo stipendio, vorranno trascorrere giorni e giorni di ozioso riposo.

Bisogna tener presente che è pur vero che tutti verrebbero a contribuire alle spese sanitarie, ma che saranno pochi coloro i quali, benchè non colpiti da malattie, vorranno rinunziare se non per sè, almeno per le loro famiglie, a cure ricostituenti o alle cosidette depurative, agli oggetti di medicatura, ai piccoli presidî chirurgici, ecc., ecc., che, siccome non vi è limite alle possibili cure, tutto si vorrà sperimentale per ogni malato, e che si finirà col reclamare i medicamenti i più costosi, specialità, cure fisiche, idriatiche, climatiche, balneoterapiche, ecc., ecc.

Se poi si considera che le quote individuali di contributo all'assicurazione obbligatoria si vorrebbero molto limitate, o dovranno essere trascurate molte cose pur necessarie al funzionamento di un servizio di assistenza sanitaria veramente e seriamente proficuo, o si dovranno condannare i datori di lavoro, comuni e governo, i quali ultimi dovranno ugualmente sostenere spese non indifferenti, sia per l'assistenza sanitaria degl'indigenti, sia per la vigilanza igienica, sia per la profilassi delle malattie infettive, ecc., ecc., a spese addirittura enormi.

D'altra parte è da ritenersi indispensabile ed anzi urgente una migliore sistemazione del servizio di assistenza sanitaria, perchè non sono abbastanza tutelati gl'interessi di tanta parte della popolazione; ma si raggiungerà un progresso con una riforma la quale venisse ad estendere il diritto al medico ed alle medicine anche a chi vi ha sempre da sè provveduto, la quale venisse a favorire lo sperpero ed accrescere le spese, mentre si dovrebbero diminuire, anzichè favorire le pretese degli individui?

Potrà essere considerata quale progresso una riforma la quale, anzichè stimolare l'attività e l'energia delle persone a provvedere ai propri bisogni, venisse a favorire la pitoccheria, la simulazione, l'ignavia ed a perpetuare quel deplorevole anacronismo per cui il medico, la persona la più benemerita e degna di considerazione, debba trovarsi senza la benchè minima garanzia di bisogno a completa disposizione, se non in balìa di un numero sempre maggiore di persone le quali finirebbero, come del resto è ben noto, col riconoscere solo in lui dei doveri, ed a considerarlo come il più umile servitore del pubblico?

Potrà essere considerata quale progresso una riforma la quale, mentre istituti sanitari tanto necessari si dibattono in crisi gravissime, seppure non si chiudono, mentre non si trovano i mezzi per lottare efficacemente contro tante malattie, si iniziasse col creare comodità e privilegi in fatto di assistenza?

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie potrebbe senza dubbio riuscire di beneficio immenso alla sistemazione del servizio di assistenza sanitaria, potrebbe indiscutibilmente cooperare alla sua pratica esplicazione, ma per ottenere questo beneficio, bisognerebbe chiedere ad essa solo quello che d'indiscutibilmente utile sarebbe al caso di dare; sarebbe forse un illudersi credere che si possa oggi, con una piccola quota individuale, risolvere completamente tanto importante complicato e delicato servizio.

* * *

Non è per atto politico, e tanto meno per atto demagogico, che si può pensare di sistemare il servizio di assistenza sanitaria; se si vuole fare opera veramente utile, se si vuole veramente agire per il bene della collettività, se si vuole veramente fare tutto il possibile a favore dei sofferenti, bisogna ben ponderare il complesso problema e vagliare se convenga, almeno per ora, fare qualche cosa di più sicuramente proficuo che creare un mastodontico servizio di Stato per monopolizzare la pubblica salute, impresa tanto difficile; che creare un servizio da molti definito «un salto nel buio».

Più opportuno e più pratico per il buon andamento del servizio di assistenza sanitaria a noi sembra che sia differenziare i bisogni ad esso inerenti non convenendo, essendo essi di varia natura, generalizzare il sistema di soccorso.

Vi sono bisogni, rappresentati dalle cure ambulatorie, domiciliari e farmaceutiche che occorrerebbe fossero, se non alla portata di tutti, della maggioranza, perchè non sarebbe cosa difficile poterlo ottenere, e perchè si renderebbe necessaria una remora alla soddisfazione di essi, non essendo sempre indispensabili.

Vi sono bisogni, rappresentati dalle cure istituzionali in genere, che converrebbe fossero poste a disposizione di tutti perchè la soddisfazione di essi richiede spesa rilevante e perchè non si rende necessaria una remora, imponendosene l'uso.

Ciò premesso, siccome si tratta, e questo è l'essenziale tener presente per un'equa sistemazione del servizio di assistenza sanitaria, di provvedere non alla popolazione assolutamente povera, alla quale è già provveduto, nè a quella ricca, per la quale sarebbe superfluo occuparsene, ma alla categoria non contemplata dalle leggi vigenti, pur tanto numerosa, ai meno abbienti, ai lavoratori in genere pei quali, mentre è ingiusto che non vigano speciali facilitazioni in materia di assistenza sanitaria, sarebbe d'altra parte dannoso che ne potessero disporre a completo capriccio, se si riuscisse a ridurre per essi la spesa delle cure ambulatorie domiciliari e farmaceutiche ed a rendere gratuite le istituzionali, si verrebbe a compiere opera non solo proficua, ma anche decorosa.

Orbene l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, che applicata per una completa soluzione del servizio di assistenza sanitaria non potrebbe dare che risultati incerti se non dannosi, applicata invece perchè, con piccola quota, unita a quella dei datori di lavoro, tutti i lavoratori po-

tessero cooperare a dare vita alle istituzioni sanitarie, perchè il potere offrire ai sofferenti adeguato soccorso fosse anche frutto di previdenza e solidarietà collettiva verso di essi, ecco come potrebbe rendersi veramente preziosa quest'assicurazione, ecco come si potrebbero ricavare dall'applicazione di essa, senza il più piccolo inconveniente, solo veri e tangibili risultati, tanto più che a tutti coloro i quali pagassero detto contributo, a meno che per circostanze speciali di famiglia non dovessero essere ritenuti quali poveri, potrebbe essere conferito il diritto di usufruire del servizio medico, domiciliare e ambulatorico a tariffa ridotta, e del servizio farmaceutico a puro prezzo di costo.

Certamente non sarà possibile risolvere subito in tal modo l'importante problema dell'assistenza istituzionale; per ora almeno oltre il concorso della pubblica beneficenza, occorrerà anche quello dei Comuni e dello Stato; ma riuscire ad inculcare il dovere che non è sentito: sorgono infatti molte mutue per varie forme di assistenza, ma non si pensa mai a stanziare un centesimo per le spese di ospedalità; riuscire a stabilire una quota anche minima su tutti gli stipendi e salari dei lavoratori ed un'altra da parte dei datori di lavoro per tale scopo, dovrebbe essere considerato quale una conquista di vero benessere per le popolazioni e quale un passo rimarchevole verso la soluzione del detto problema, come dovrebbero essere considerate assai opportune l'istituzione di una speciale tariffa di onorari medici e l'istituzione di farmacie cooperative pel servizio medico domiciliare ambulatorio e farmaceutico dei meno abbienti.

È infatti cosa illogica l'uniformità delle tariffe, imponendosi una differenza di contribuzione alle spese di assistenza fra il ricco e l'indigente, tanto più che per una proficua esplicazione del servizio di detta assistenza, si renderebbe necessario limitare più che sia possibile il numero delle persone le quali debbono trovarsi nella privilegiata condizione di avere a completa disposizione medico e medicine, non dovendo essere incentivo la gratuità al loro uso, ma rendendosi necessaria, per quanto limitata, una spesa quale garanzia di bisogno.

È superfluo rilevare che il numero dei medici incaricati a disimpegnare l'assistenza sanitaria dei poveri e dei semi-poveri dovrebbe essere assai maggiore degli attuali condotti e che dovrebbero sorgere numerose le Cooperative farmaceutiche, come sarebbe superfluo rilevare che, pari alla funzione che compie, difficoltosa, pericolosa, non sempre rimunerata (accade talvolta che il medico condotto si debba contentare della gratitudine di qualche malato che dovrebbe soddisfarlo, cosa però preferibile e facilmente tollerabile pensando di poterne essere schiavo) dovrebbe rendersi la posizione morale e materiale di esso, purtroppo per varie ragioni non sempre tale; ma non è qui il caso di entrare in dettagli su questi argomenti.

Completerebbe senza dubbio la sistemazione del servizio sanitario il sussidio ai lavoratori in caso di malattia, sussidio però che per riuscire veramente proficuo dovrebbe essere procurato per mezzo di mutue fra lavoratori di varie aziende essendo al caso essi soli di garantirsi degli abusi che, senza un interessato controllo, sarebbero immancabili.

Lo Stato potrebbe incoraggiare l'istituzione di tali mutue, e con minima parte del contributo di assicurazione obbligatoria, concorrere in via eccezionale e per tassative malattie con sussidi straordinari, molto opportunamente potrebbe invece provvedere al risarcimento delle famiglie in caso di morte del loro sostegno.

Si è affermato che scopo precipuo della legge in parola sarebbe stato quello di opporsi ai disastri causati dalle malattie; e come raggiungere meglio lo scopo se non con una disposizione così opportuna?

Riepilogando: qualora non giudicandosi matura la legge di assicurazione obbligatoria contro le malattie da potere sistemare completamente con una quota globale il servizio di assistenza sanitaria, si riuscisse a far sì che con una quota anche minima di tutti i lavoratori, unita a quella dei datori di lavoro, si cooperasse al funzionamento di adatti locali di cura, da poter conferire ai meno abbienti, a qualsiasi comune appartengano, il diritto di esservi ricoverati, (gli ospedali abbandonando inutili restrizioni dovrebbero essere ricercati dagli ammalati come le case di salute); qualora si riuscisse con una distinzione più logica della popolazione dal punto di vista economico, con una distinzione cioè non fra ricchi e poveri ma fra ricchi, poveri e semi-poveri a rendere a quest'ultimi accessibile la spesa del servizio sanitario domiciliare, ambulatorico e farmaceutico; qualora si riuscisse, favorendo l'istituzione di mutue, a procurare ai lavoratori in caso di malattia sussidio ordinario e straordinario in casi speciali da parte dello Stato; qualora si riuscisse a stabilire tassativamente un indennizzo alle famiglie in caso di morte del loro sostegno, come per infortuni sul lavoro; qualora, in una parola, si riuscisse a che tanta parte della popolazione finora trascurata e di conseguenza sempre incerta della propria sorte in materia sanitaria, talora anzi sagrificata, non dovesse avere più eccessive preoccupazioni a causa delle malattie dal punto di vista economico, si sarebbe veramente raggiunta una sistemazione dell'assistenza sanitaria veramente proficua, veramente decorosa.

Chiedere d'altra parte di più all'assicurazione obbligatoria, oggi che molto opportunamente è entrato nella pubblica opinione il concetto che ogni lavoratore debba percepire almeno un minimo di mercede che basti ai più elementari bisogni della vita, non ci sembra che sia il caso.

È da ritenersi infatti doveroso che venga ridotto il più possibile il costo del servizio di assistenza sanitaria, doveroso che venga eliminata da esso qualsiasi forma di speculazione, ma, procurato con opportune provvidenze che le malattie non debbono rappresentare un disastro per le famiglie, si rende anche doveroso che il minor numero possibile di persone si sottragga a quelle spese che

si rendono indispensabili perchè possa utilmente svolgersi tanto importante e delicato servizio.

Al vero povero, all'indigente, a chi non può lavorare, alle famiglie prive di valido sostegno, dovrebbe essere riserbata la possibilità di godere totalmente gratuita l'assistenza sanitaria ed anzi, perchè la solidarietà umana verso i veri bisognosi non fosse parola vana, perchè potesse essere luminosamente dimostrato che si vuole veramente il benessere delle popolazioni, che non si agisce solo per dimostrare di fare o per ipocrito interesse, si dovrebbe stabilire, come fondamentale principio, il dovere della collettività, più di quello della famiglia, di provvedere al mantenimento di ogni tarato, di ogni individuo impossibilitato al lavoro. Si dovrebbe fare in modo (e del resto vi è un patrimonio ingente nelle istituzioni di beneficenza che lo faciliterebbe, qualora non si credesse opportuno d'istituire anche speciali tasse sanitarie sulle ricchezze, sui divertimenti, sulle eredità, ecc.) che ogni infelice sapesse di non dovere elemosinare il necessario, ma di averne diritto; si dovrebbe anzi stabilire una scala fra i più bisognosi perchè, cominciando dal cieco, al quale si dovrebbe provvedere ogni agio, il più raffinato che possa offrire la vita, anzichè procurargli lavoro per il sostentamento che è penoso non solo pretenderlo, ma solo pensarlo, tutti indistintamente gl'infelici potessero godere di soccorso adeguato alla loro sventura; ma chi può lavorare come sarebbe doveroso, lo ripetiamo, che fosse ben rimunerato ed esonerato quasi per mezzo dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie da spese sanitarie eccessivamente gravose, sarebbe doveroso anche che, facilitato e libero di mettere in pratica il sistema che crede più proficuo, sapesse far fronte, prima di ogni altra cosa, a quelle le quali si rendono necessarie come remora.

In conclusione crediamo che si possa, almeno per ora, fare cosa più utile nell'interesse dell'assistenza sanitaria che creare un servizio di Stato per rispondere della salute di tutti, potendo questo essere causa di tanti inconvenienti, e prestandosi più allo sfruttamento del pubblico denaro per parte dei più furbi che per arrecare reali vantaggi alla collettività.

Chi esercita la professione, e constata quanto poco si fa per mancanza di mezzi contro tante malattie e quanto d'altra parte ci sarebbe da fare per soccorrere vere miserie e per lenire convenientemente tanti dolori, sente il dovere di reclamare che a tuttociò si provveda ampliamente, prima di generalizzare il diritto al medico, alle medicine, al sussidio, prima di creare privilegi e pericolose comodità in materia di assistenza sanitaria; sistemato ciò che si rende più urgente ed indispensabile, sarà allora opportuno di pensare al superfluo.

Roma, maggio 1921.

Cronaca del movimento professionale.

Adunanza di Ufficiali Sanitari Capi d'Uffici d'Igiene.

Il 5 maggio si adunarono a Padova alcuni Ufficiali Sanitari Capi di Uffici d'Igiene per uno scambio di idee sulla situazione attuale delle questioni che interessano la loro classe.

Furono trattati i principali problemi che attendono una soluzione ormai di necessità imminente e si riconobbe l'opportunità di convocare un Congresso straordinario a Trento in occasione del Congresso della Federazione fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica.

Si decise perciò di mandare a tutti i Capi di uffici d'Igiene un invito a *non mancare* a quel Congresso.

Lega fra Ufficiali medici della Croce Rossa Italiana.

Il Consiglio direttivo della Lega fra Ufficiali Medici della Croce Rossa Italiana (Torino, via dei Mille 16), nella sua seduta del 5 maggio 1921,

preso atto che per la seconda volta il Presidente della Croce Rossa, on. Ciraolo, con sua ordinanza 26 marzo u. s. ha deferito ad un Consiglio di disciplina il Presidente e il Segretario della Lega, prof. dott. A. Carbone e dott. L. Meille, sotto l'accusa di cui all'art. 52, lettera *f* del Regolamento sul reclutamento del personale della C. R. («per azioni, opere o propaganda contro l'Istituzione della Croce Rossa, e per quanto altro possa recar danno agli interessi, al prestigio e al decoro dell'Associazione»),

mentre riconferma il suo rispetto per la Istituzione della C. R. di cui soltanto i Dirigenti sono da ritenersi responsabili dell'attuale dissidio, afferma che in nessuno degli atti compiuti dai colleghi Carbone e Meille, in ottemperanza ai deliberati delle Assemblee dei Soci, si possono ravvisare gli estremi del reato contemplato in detto articolo,

esprime la sua simpatia e la sua intiera solidarietà ai Colleghi perseguitati per una causa giustamente apprezzata non solo dalla Lega fra i Medici di C. R., ma da varî Ordini dei Medici, Sindacati medici e dalla stessa Federazione degli Ordini dei Medici, cui la Presidenza della C. R. ha rifiutato il concorso per la sistemazione dell'attuale vertenza,

ed invita non solo i Medici chiamati a far parte del Consiglio di disciplina, ma tutti i Medici inscritti alla Croce Rossa, a provvedere con tutte le loro forze alla tutela dei loro diritti troppo spesso calpestati durante e dopo la guerra, con disposizioni arbitrarie, dai dirigenti della Istituzione.

TERMINOLOGIA MEDICA.

Bozzolo (Malattia di) o di Kahler o albumosuria di Bence-Jones o di Bradshaw. — Mieloma multiplo; iperplasia a forma di tumore del midollo osseo, associata con la proteina di Bence-Jones nelle urine. Il paziente si lamenta di dolori neuralgici; in seguito compaiono tumefazioni dolorose sulle coste e sul cranio; si possono verificare fratture spontanee.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

16. Provincia di *Aquila*: Dott. Carlucci Salvatore, del Comune di Celano, L. 500 — Dott. Marinetti Giuseppe, del Comune di Carzoli, L. 500 — Dott. Ciavarelli Costantino, del Comune di Amatrice, L. 500 — Dott. Chiarizia Luigi, del Comune di Aquila, L. 350 — Dott. Martorelli Antonio, del Comune di Sulmona, L. 350 — Dottor Montesani Luigi, del Comune di Borgocollefegato, L. 350.

17. Provincia di *Ancona*: Dott. Ambrosi cav. Lodovico, del Comune di Ancona, L. 600 — Dottor Spadoni Giovanni, del Comune di Senigallia, L. 500 — Dott. Cianconi cav. Augusto, del Comune di Fabriano, L. 400 — Dott. Rilli Gerolamo, del Comune di Filottrano, L. 400 — Dottor Paolini cav. Francesco, del Comune di Jesi, L. 400 — Dott. Ruzzini Leopardo, del Comune di Osimo, L. 400 — Dott. Turri cav. Ernesto, del Comune di Arcevia, L. 250 — Dott. Venturoli Enrico, del Comune di Corinaldo, L. 250 — Dott. Belardinelli Alfredo, del Comune di Cupramontana, L. 250 — Dott. Luccetti Corrado, del Comune di Belvedere Ostrense, L. 150 — Dott. Bartoli Francesco, del Comune di Camerano, L. 150 — Dott. Tante Roberto, del Comune di Chiaravalle, L. 150 — Dottor Vici Francesco, del Comune di Maiolati, L. 150 — Dott. Pierini Enrico, del Comune di Montemarciano, L. 150 — Dott. Zannini Mariano, del Comune di Monsanvito, L. 150 — Dott. Mergari Aldo, del Comune di Ostra, L. 150 — Dott. Melchiorri Probo, del Comune di Polverigi, L. 150 — Dott. Alonzi Giovanni, del Comune di Serra dei Conti, L. 150 — Dott. De Luca Benedetto, del Comune di Agugliano, L. 100 — Dott. Bussolotti Francesco, del Comune di Barbara, L. 100 — Dottor Zappelli Umberto, del Comune di Camerata Picena, L. 100 — Dott. Ametta Aurelio, del Comune di Castebellino, L. 100 — Dott. Solari Federico, del Comune di Castelfidardo, L. 100 — Dott. Conti Alessandro, del Comune di Cerreto d'Esi, L. 100 — Dott. Zonchi Pietro, del Comune di Monsano, L. 100 — Dott. Brugiavini Antonio, del Comune di Montecarotto, L. 100 — Dott. Scorpati Domenico, del Comune di Monteroberto, lire 100 — Dott. Antognoli Alfredo, del Comune di Morro d'Alba, L. 100 — Dott. Callari Ignazio, del Comune di Numana, L. 100 — Dott. Ricci Carlo, del Comune di Ostra Vetere, L. 100 — Dott. Biondi Giulio, del Comune di Ripe, L. 100 — Dottor Medi Adolfo, del Comune di Santamarianova, lire 100 — Dott. Garofoli Francesco, del Comune di Sassoferrato, L. 100 — Dott. Paleani Antonio, del Comune di Sirolo, L. 100 — Dott. Giorgetti Pirento, del Comune di Staffolo, L. 100 — Dottor Bertonati Enrico, del Comune di Castelleone di Suasa, L. 100 — Dott. Serrarcangeli Pietro, del Comune di Casteplanio, L. 100 — Dott. Ceccarelli Francesco, del Comune di Loreto, L. 100 — Dottor Gioacchini Pacifico, del Comune di Mergo, L. 100 — Dott. Frontaloni Antonio, del Comune di Monterado, L. 100 — Dott. De Angelis Mario, del Comune di Montesicuro, L. 100 — Dott. Felici Mario, del Comune di Offagna, L. 100 — Dott. Pergoli Pericle, del Comune di Paterno-Ancona, lire 100 — Dott. Cardinali Edalelmo, del Comune di Poggio S. Marcello, L. 100 — Dott. Marcucci Vincenzo, del Comune di Sammarcello, L. 100 — Dott. Vichi Antonio, del Comune di S. Paolo di Jesi, L. 100 — Dott. Quadrani Emilio, del Comune di Serra S. Quirico, L. 100 — Dott. Zampilli Antenore, del Comune di Falconara Marittima, L. 100 — Dott. Caponcri Adolfo, del Comune di Rosora, L. 100.

18. Provincia di *Ravenna*: Dott. Bolis cav. Vincenzo, del Comune di Faenza, L. 500 — Dott. Zonori cav. Tito, del Comune di Brisighella, L. 300 — Dott. Trincossi Giuseppe, del Comune di Ravenna, L. 400 — Dott. Meruzzi Cassiano, del Comune di Alfonsine, L. 200 — Dott. Bertaccini Ettore, del Comune di Cervia, L. 150 — Dott. Benini Bindo, del Comune di Lugo, L. 150 — Dottor Galliani Giuseppe, del Comune di Bagnacavallo, L. 150.

19. Provincia di *Massa Carrara*: Dott. Milani Lodovico, del Comune di Carrara, L. 500 — Dottor Zonder Nicola, del Comune di Massa, L. 250 — Dott. Riani Pietro, del Comune di Fivizzano, L. 200 — Dott. Gori Cesare, del Comune di Montognoso, L. 200 — Dott. Gagliardi Galileo, del Comune di Aulla, L. 200 — Dott. Bertolini Alberto, del Comune di Camporgiano, L. 200 — Dott. Cipriani Giov. Batt., del Comune di Bagnone, L. 150 — Dott. Marazzano Antonio, del Comune di Calice al Cornovigli, L. 150 — Dott. Azzi Pellegrino, del Comune di Castelnuovo, L. 150 — Dottor Ceppellini Pietro, del Comune di Pontremoli, lire 150 — Dott. Leoncini Pietro, del Comune di Villafranca, L. 150 — Dott. Giubbani Angelo, del Comune di Tresana, L. 150 — Dott. Tonini Secondo, del Comune di Minucciano, L. 150 — Dottor Cangherini Ippolito, del Comune di Molazzana, L. 150 — Dott. Boccardi Mauro, del Comune di Mulazzo, L. 150 — Dott. Betti Marcello, del Comune di Massa, L. 100.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8843) *Responsabilità civile per ritardata operazione chirurgica.* — Dott. V. C. da C. — La vita umana non ha valore materiale per cui si possa calcolare in lire 100,000 il danno che un individuo risente per la morte di un suo caro congiunto. Il danno cagionato dalla morte di uno stretto parente non si può valutare in moneta perchè esso è eminentemente morale e psicologico. Ciò premesso, Le diciamo che il medico non può essere chiamato in giudizio per il risarcimento del danno derivato dalla morte di un individuo sotto il pretesto che l'intervento chirurgico fu fatto con ritardo, perchè l'unico ed inappellabile giudice sulla opportunità e tempestività dell'operazione è il medico che deve eseguirla: la parte non può sindacare l'operato del medico senza invadere un campo professionale cui non appartiene, tanto più che l'operatore ha, con la lettera a Lei indirizzata, chiaramente detto di non aver mai pensato nè asserito che se l'operazione chirurgica fosse stata eseguita più presto la morte non sarebbe avvenuta. Ciò che Le ha scritto la parte lesa non costituisce diffamazione. Ella ripeta la domanda pregiudiziale per il pagamento delle prestazioni professionali fatte nel 1918 che fra breve cadono in prescrizione.

(8844) *Ufficiale sanitario.* — Dott. L. R. da T. — Il medico condotto non è di diritto ufficiale sanitario. Lo è soltanto nei Comuni ove non esiste altro medico libero esercente. Però se non ostante che nel Comune vi sia un libero esercente

il medico condotto è investito delle funzioni di ufficiale sanitario seguita nello incarico provvisorio fino a quando il libero esercente non sia nominato al posto mediante concorso.

(8845) *Consigliere ed assessore comunale nominato medico di ospedale.* — Dott. E. T. da P. — Nella Legge sulle Opere Pie non esiste alcuna incompatibilità fra Assessore e Consigliere comunale e medico di un ospedale esistente nel Comune.

(8846) *Medico condotto interino - Sua posizione giuridica di fronte al Comune.* — Dott. N. M. da C. — Il medico condotto comunale deve essere nominato sempre in base al concorso. Le nomine per chiamata non sono più ammesse. Ancorchè la nomina sia stata annullata dal Prefetto il servizio che Ella presta attualmente è computato nel biennio di prova, se in seguito otterrà la nomina in base a concorso. Essendo stato escluso nel contratto la concessione del caro-viveri e di qualsiasi aumento disposto dalle leggi in vigore, non può pretendersene la concessione anche perchè data la clausola contenuta nel contratto, devesi ritenere che tutti gli aumenti previsti dalle leggi in vigore sieno già stati conglobati nello stipendio. L'Amministrazione comunale dovrà obbligatoriamente ridurre la condotta ai soli poveri.

Doctor JUSTITIA.

Concorsi. — Al dott. V. G. da R. — La nostra rubrica è delle più complete. Può abbonarsi al «Bollettino Nazionale Concorsi e Impieghi», Forlì, piazza XX Settembre, 5 (annue L. 16, numeri separati cent. 50), e alla «Rassegna dei Concorsi», Roma, Casa Editrice Urbis, piazza in Lucina 40 (annue L. 15, numeri separati cent. 70) L. P.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ACQUAPENDENTE (*Roma*). — Due condotte; L. 7000 e 5 quadrienni del decimo, doppio caro-viv.; lire 2000 per cavalc. Scad. 10 giugno.

BREMBILLA (*Bergamo*). — Ab. 4029; poveri circa 300; L. 6500; uff. san. L. 500; doppio caro-viveri. Scad. 30 giugno.

CERVETERI (*Roma*). — Al 10 giugno, poveri delle frazioni; L. 9000, caro-viv.; L. 2000 per cav.; cinque quadrienni del decimo. Chiedere annunzio.

MOGLIA (*Mantova*). — Per Bondanello; L. 6750 e 5 quadrienni del decimo, due caro-viv.; L. 300 ogni cento poveri oltre i 1000; L. 1200 per cavalc. non continuativa. Scad. 25 giugno.

MONTICIANO (*Siena*). — Consorzio; L. 5000 oltre L. 2400 per caro-viv.; L. 1000 per chilometraggio; L. 3000 per cav.; L. 4000 quale uff. san. In corso di approvazione aumenti a L. 7500 stip. e L. 4000 cav. Al 20 giugno.

SPERLINGA (*Catania*). — L. 5000 per 14 famiglie povere; cinque quinquenni del decimo; L. 500 quale uff. san. Ab. 3400 circa in unico centro. Scad. 20 giugno.

VILLA D'ALMÈ (*Bergamo*). — Consorzio con Almè-Bruntino; ab. 5034, poveri circa 3000; L. 6500 per 1000 pov.; addizionale da L. 2.50 a 3; per uff. san. L. 500; indennità trasporto L. 500; doppio caro-viv. Scad. 15 giugno.

Medico-chirurgo, dieci anni laurea, pratica ospedaliera e libera, cerca interinato supplenza qualsiasi località, ben retribuito. Dott. Gobetto presso Dott. Martini, via Tre Alberghi 16 - Milano.

Medico-chirurgo igienista provetto accetterebbe interinato in piccola città o in condotta rurale piana. Rivolgersi al dott. Formica, piazza del Duomo 23 - Milano.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Besnato Veduggio (Monza), Stroppino (Novara).

Revoca di diffide: Serravalle (Bologna), Copparo (Ferrara).

Boicottaggi: Scandale (Catanzaro) a favore del dott. Calabrese; Cessapalombo (Macerata) a favore del dott. Feliziani.

Concorsi a premio.

EDIMBURGO. — Il Reale Collegio dei Medici annunzia un premio Parkin di 100 lire sterline (al cambio attuale circa 8000 lire italiane) tra gli autori di tutte le nazioni, per il miglior saggio sul tema: «Effetto dell'azione vulcanica sulla produzione di malattie epidemiche nel regno animale e vegetale e sulla produzione di uragani e di fenomeni atmosferici anormali». Possono ottenersi informazioni sul concorso rivolgendosi al segretario (Dr. G. S. Fowler, Royal College of Physicians, Edinburgh).

HEIDELBERG. — La Fondazione Mörsel offre un premio di 10,000 marchi ed uno di 5000 (al cambio attuale circa lire it. 4000 e 2000) ai migliori lavori sulla eziologia, sulla diagnosi e sul trattamento del cancro. Il concorso scade il 1° ottobre 1921. I lavori debbono essere redatti in tedesco ed inviati all'Istituto per lo Studio sperimentale del Cancro ad Heidelberg. Debbono essere pubblicati tra il 1° gennaio 1921 e il 1° ottobre 1922, oppure pronti per la pubblicazione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. prof. B. Grassi è stato nominato membro straniero della Società Linneana (Linnean Society) di Londra e membro onorario della Società Portoghese di Scienze Naturali.

Ne facciamo i nostri rallegramenti cordiali all'insigne scienziato.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: dott. Carmelo Francesco Festa, Avellino; prof. Alberico Testi, Faenza.

Ufficiali: dott. Bonetti Claudio, Palermo; dott. Augusto Magi, Roma.

Cavalieri: dott. Grossi Bertazzi Raffaele, Santa Maria di Acireale (Catania); dott. Ciofalo Salvatore, Termini Imerese (Palermo); dott. Scuderi Filippo, Catania; dott. Grassi Biagio, Trecastagni (Catania)

Sono testè terminati i corsi di Medicina tropicale svoltisi a Bruxelles a l'*Ecole de Médecine Tropicale*. Sono riusciti primi due medici italiani: i dottori Fornaca Luigi e Tabacco Felice.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale di igiene sociale.

A Copenaghen ha luogo in questi giorni, auspice la Lega delle Società di Croce Rossa, la prima conferenza delle nazioni dell'Europa settentrionale sulle malattie sociali. Hanno aderito: Danimarca, Olanda, Gran Bretagna, Norvegia, Svezia, Finlandia, Germania.

Il Congresso studia i principii generali e le misure da adottare per combattere tali malattie che, specialmente dopo la guerra, minacciano seriamente l'integrità della salute in tutto il mondo.

I° Convegno di igiene sociale della Liguria.

Questo convegno, promosso dalla Lega di Igiene Sociale della Liguria, che doveva tenersi in maggio, è stato rimandato al 24-26 giugno.

Ne riportiamo il programma:

24 giugno (mattina): 1° Protezione della prima infanzia; 2° La tutela ed il miglioramento fisico della fanciullezza attraverso la scuola - (pomeriggio): 1° Provvedimenti contro la delinquenza minorile; 2° Lotta contro le malattie sessuali.

25 giugno (mattina): 1° Ospedalizzazione dei tubercolosi in Liguria; 2° Scuola delle Assistenti sanitarie - (pomeriggio): 1° Lotta contro l'alcoolismo; 2° Igiene industriale.

26 giugno: Visite ai principali stabilimenti igienici e sanitari della Città.

Il Comitato ordinatore è così composto: Presidente onorario, prof. avv. G. Grasso, Presidente della L. I. S. L.; Presidente effettivo, prof. dott. Carlo Canalis, Medico provinciale; Vice-presidenti: prof. dott. Camillo Poli, Vice-presidente della L. I. S. L. e prof. dott. G. B. Ramoino, Assessore all'Igiene; Membri: avv. Libero De Barbieri; professor dott. Dante Pacchioni; prof. dott. Gian Giacomo Perrando; prof. dott. Francesco Radaeli; prof. dott. Mario Ragazzi; Segretari: dott. Pietro Vittorelli e dott. Giovanni Campora.

Il Presidente della Commissione promotrice è il prof. dott. G. B. Ramoino.

Per informazioni rivolgersi alla sede della Lega in Genova, via Dante 2-22 (Telef. 40-94).

Per un testo unico sulle bonifiche.

Il Ministero dei LL. PP. ha costituito una Commissione affidandole l'incarico di preparare un testo unico delle leggi sulle bonifiche. La Commissione è così costituita: sen. L. Cagnetta, presidente; sen. G. B. Grassi, sen. G. Sanarelli, sen. G. A. Vanni, ing. R. Ravà, ing. A. Torri, dottor F. Brizzi, dott. A. Lutrario, avv. C. Petrocchi, avv. F. Rocco, prof. T. Poggi, prof. F. Pacelli, prof. C. A. Iemolo, avv. A. D. Giannini, avv. E. Iandolo, gli ultimi tre con le mansioni di segretari.

In onore del prof. Versari.

Il 25 maggio gli studenti dei primi tre anni di medicina hanno offerto al prof. Riccardo Versari, recentemente fregiato dell'onorificenza di Grande Ufficiale della Corona d'Italia, le insegne dell'Ordine. Nell'aula gremitissima di studenti si svolse una simpatica manifestazione di affetto al Maestro, che da quando giunse a Roma nel 1918 ha dedicato ogni sua migliore attività all'educazione anatomica della giovane scolaresca medica, non badando davvero a fatiche ed a noie di ogni genere.

Dapprima la signorina Serra, di poi il sig. Cassano, entrambi studenti del 3° anno, nell'offrire le insegne onorifiche pronunziarono parole di riconoscente affetto per il prof. Versari, varcando i limiti dei soliti discorsi di occasione per sincero slancio nel dire e per spontaneità di pensiero.

Ad entrambi rispose il Maestro, commosso da tanta spontanea manifestazione da parte dei suoi allievi, riaffermando il suo immutabile spirito di lavoro e di sacrificio per il continuo incremento delle discipline anatomiche in Roma.

Il prof. Pensuti.

Il prof. Virginio Pensuti è stato colto da improvviso malore mentre passava la consueta visita ai ricoverati nel suo Padiglione, al Policlinico Umberto I.

Al Pensuti, che è uno dei più esperti consulenti della capitale e uno studioso appassionato di storia della medicina, ci legano vincoli cordiali di collegialità, in quanto egli fu redattore-capo valoroso ed apprezzato del nostro giornale, nei primi anni della fondazione.

Gli esprimiamo augurii affettuosi e fervidi di guarigione sollecita e completa.

Prof. Carlo Moreschi.

Un vaiolo emorragico ne ha troncato la quarantenne esistenza, a Pavia, il 23 corrente.

Aveva vinto brillantemente l'ultimo concorso di clinica medica ed era andato quest'anno ad occupare la cattedra nell'Università di Messina. Ivi, per quanto sprovvisto di ogni mezzo di laboratorio, e, com'egli si esprimeva, fiero di affrontare anche questa prova, *facendo la clinica col solo aiuto dei sensi e dello stetoscopio,* si era affermato come *maestro.* Gli studenti lo apprezzavano, lo amavano. I colleghi lo circondavano di stima e di affetto, lieti di aiutare i suoi sforzi per creare l'Istituto di clinica medica.

Il suo sguardo pensoso si illuminava, quando parlava della sua clinica e intravedeva, pur tra le dense difficoltà, l'*Istituto* che sognava compiuto.

Rigido e fiero nell'apparenza, egli era sentimentale nell'anima; era soprattutto un uomo profondo.

Nello studio, così per farsi la coltura come per esporre i risultati degli sperimenti o il frutto delle convinzioni, non s'è mai appagato di frasi, non s'è fermato alla superficie delle cose, ma è risalito alle fonti, ha cercato la dimostrazione, ha voluto le prove. E non la diligenza portava, ma la passione. La passione intima si chiudeva in lui per spingerlo alla ricerca, alla fatica, e tutt'al più erompeva nella conversazione con gli amici del cuore, con quelli che stimava; sprigionava negli scritti e nei discorsi, dov'era conciso, serrato, stringente nella veste severamente scien-

tifica. Le *vedute* che formano la gioia e l'orgoglio di molti studiosi, erano da Lui aborrite. Una pagina che scrivesse era il risultato di centinaia di sperimenti o il frutto della convinzione meditata per mesi.

Senza questa dura esigenza del suo spirito, Carlo Moreschi, che pure lascia nelle scienze mediche, soprattutto nel campo degli studi immunitari, un nome, avrebbe raggiunto una fama mondiale, perchè vide chiari, prima dello stesso autore, i fondamenti biologici della reazione di Wassermann; perchè aveva anticipato con esperienze fatte sopra se stesso la conoscenza delle tossine del bacillo di Eberth (uno stipite che portò seco per oltre 12 anni); perchè aveva provato la individualità della linfogranulomatosi.

Chi scrive ha assistito agli esperimenti sulla linfogranulomatosi; esaminato i suoi preparati istologici, ha udite le sue convinzioni almeno 7-8 anni fa. Nella *relazione* presentata nell'ottobre scorso al Congresso di medicina interna il suo lavoro è degnato appena d'un accenno al numero dei casi studiati; riferisce esattamente e senza rimpianto alle altrui pubblicazioni quel giudizio sulla natura del processo che sarebbe stato giudizio suo se avesse a tempo messi fuori i suoi studî: egli era assai soddisfatto di mostrare ai congressisti 4 preparati microscopici (fra migliaia e migliaia che avevano affaticato per anni la sua osservazione) sufficienti a *provare* la verità dell'esposto.

Per il primo in Italia egli riconobbe e identificò lo spirochete dell'ittero infettivo: con esso sperimentò a lungo e condusse diligenti ricerche istologiche: pochi hanno scritto meno di lui.

Nella commozione che la perdita di Carlo Moreschi ha lasciato in me, non ho l'animo di analizzare l'opera scientifica di questo scienziato autentico che di maestri illustri (Golgi, Ehrlich, Pfeiffer) ebbe i principî e la stima, che fu veracemente apprezzato dai migliori nel mondo medico italiano e straniero. Ho voluto soltanto documentare il carattere che a me pare culminasse in Moreschi: virtù tanto più commendabili, quanto più rare; esempio da segnalare con tanto maggiore chiarezza, quanto più in contrasto con la faciloneria, la verbosità e la presunzione dominanti. Che se la sua morte immatura impedisce che della preparazione scientifica, dell'ingegno e della laboriosità di lui l'Italia possa avere la gloria e l'umanità i benefici, valga almeno l'esaltazione delle ascose e vere virtù a spronare al lavoro, a confortare la fede di quanti abbiano da natura sortito un carattere e una forza pari alla Sua.

E voglio solo aggiungere che la purezza, l'intensità, la tenacia di passione che aveva per la scienza, portava in famiglia, in quella donde era sortito e in quella che s'era creato; portava nella cerchia degli amici. Questa cerchia non fu vasta, perchè non a molti fu dato penetrare nella profondità del sentire di quest'uomo, ma è schiera eletta, perchè coloro che lo compresero lo amarono per estimazione del suo ingegno poderoso e della dirittura del suo carattere. Era caro certo anche agli Dei, poichè ce lo hanno strappato così giovane. Essi hanno voluto che quest'uomo votato alla scienza trovasse la morte nella città dove il suo sapere ebbe la culla.

27 maggio 1921. VITTORIO ASCOLI.

Si è spento il prof. LEOPOLDO TAUSSIG, che per lunghi anni fu primario degli Ospedali di Roma ed attualmente ne era consulente onorario.

Dopo aver perduto sul campo dell'onore il diletto figlio Luigi, ne era rimasto profondamente straziato e quasi annientato.

Godeva di larghissima estimazione e per il valore professionale e per il carattere nobilissimo.

M.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed resp.

ANNO XXVIII — Roma, 13 Giugno 1921 — Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta
dal prof. TULLIO LUZZATTI, incaricato.

I metodi siero-chimici « così detti equivalenti » della reazione di Wassermann.

Prof. S. DE VILLA, aiuto;
Dott. A. RONCHI, assistente volontario.

PRIMA NOTA.

Fin da quando Levaditi e Marie osservarono che nella Reazione di Wassermann l'antigene (estratto alcoolico od acquoso di organo luetico specie di fegato di feto eredo-luetico) poteva essere sostituito da estratto di organo non luetico (fegato di feto sano, cuore di cavia, ecc.) la interpretazione dell'intimo meccanismo della deviazione del complemento di Bordet-Gengou con la teoria dell'ambocettore specifico di Erlich (catene laterali) veniva seriamente compromessa. Diventava un mistero questo meccanismo nel quale al gruppo aptoforo dell'ambocettore di III ordine, che doveva essere specifico per un dato antigene, potevasi fissare non solo quest'antigene (spirocheta) ma un nuovo corpo X che certamente non era nè la spirocheta nè un suo prodotto, ma un corpo che si trovava in tutti gli organi normali, sani e principalmente in quelli più ricchi di corpi lipoidi. Se tale constatazione veniva da una parte ad infirmare il carattere biologico della interpretazione di un mirabile processo quale quello della specificità assoluta della deviazione del complemento veniva

d'altra parte a fornire qualche luce su di un altro fatto che andavasi notando (e che anche esso deponeva contro la specificità), cioè che la reazione di Wassermann poteva risultare positiva in casi di tubercolosi conclamata, di malaria, di scarlattina, ecc.

Forse nel protoplasma delle cellule e nel sangue di individui colpiti da queste malattie i corpi lipoidi vengono ad acquistare differenze qualitative o quantitative in confronto di individui normali? L'ambocettore di III ordine è proprio un corpo definito prodotto di reazione e di difesa della molecola cellulare, stimolata dall'agente infettivo secondo la legge di rigenerazione o soprarigenerazione di Weigert? Il complemento è proprio uno speciale corpo formato di una parte aptofora e di una zimotossica? O piuttosto non si tratta che di semplici o complesse modificazioni chimiche avvenute nella intima composizione cellulare e nel sangue di fronte all'azione infettante e tossica dell'agente delle malattie?

E così la *idea chimica* veniva a guadagnare terreno sulla idea biologica e vari sperimentatori cominciarono a ricercare queste eventuali modificazioni del chimismo cellulare.

Hermann, Perutz, Sachs, Altmann, Hidaka, Georgi, Landau, Müller, Stern, Jakobsthal, ecc., con vari metodi e vari reagenti cercarono di *precipitare* questo corpo chimico non specifico per se stesso ma che in modo specifico dovrebbe formarsi o modificarsi per reazione alla spirocheta o rendersi in modo specifico più facilmente precipitabile con dati reagenti.

I metodi chimici più recenti di sierodiagnosi della sifilide furono escogitati durante la guerra in sostituzione della Wassermann, sia per la penuria di animali, sia per le condizioni nelle quali si doveva spesso lavorare, poichè essi metodi non necessitavano nè di globuli rossi di montone, nè di siero emolitico, nè di quello complementifero, elementi di conservazione difficile e delicata. Altri metodi sono più antichi e non presentano ora altro che un interesse storico per quanto possono contribuire a portare qualche lume sul meccanismo della reazione di Wassermann.

Tutti questi metodi chimici furono basati sulla ipotesi che nel corso della lue si produca una modificazione dello stato fisico-chimico del siero e che in conseguenza di questa modificazione il siero si mostri più sensibile all'azione di sostanze diverse, manifestandosi o una precipitazione o una fioccazione o un congelamento nel siero stesso.

In una prossima nota saranno esposte le deduzioni tratte dalle esperienze praticate e da altre in corso onde tentare di conoscere quale sia il *corpo* X che nel siero luetico produce la deviazione del complemento.

Nella presente nota abbiamo descritti i vari metodi siero-chimici praticati (più di 600 reazioni) su sieri e liquidi cefalo-rachidiani, sia di eredo-luetici, sia di varie malattie comuni dell'infanzia, sia di bambini sani, e ne abbiamo esposti i risultati.

Dei metodi più antichi quello di Porges ha importanza sopratutto perchè è il primo che ha permesso di constatare la fioccazione nei sieri luetici. Non abbiamo esperimentato il metodo primitivo di Porges, quello con la lecitina, perchè altri sperimentatori ottennero costantemente risultati pratici poco soddisfacenti dipendendo il risultato della reazione in gran parte dalla diversa qualità della lecitina usata. D'altra parte le varie lecitine, anche le meglio preparate, si alterano facilmente e diventano presto inservibili. Esperimentammo invece il:

Metodo di Porges al Glicocolato di sodio. — Si sciolgono gr. 2 di Glicocolato sodico in alcool a 96°, gradualmente, aggiungendo alcool fino a gr. 100. Si mettono in una provetta cmc. 0,20 di questa soluzione e si aggiunge un cmc. di siero inattivato. Se si tratta di siero luetico dopo 24 ore, delle quali due di termostato a 37°, e il resto a T. ambiente si osserva un precipitato fioccoso al fondo della provetta.

Il Porges ottenne l'87 % di concordanze con la R. W.

Fritz e Kreen ottennero il 63 %.

Altri il 70 %.

Noi su 20 sieri R. W. positivi ottenemmo 15 concordanze e su 20 sieri R. W. negativi ottenemmo 12 concordanze, cioè il 67 % circa.

Metodo di Hermann-Perutz. — È una modificazione del metodo di Porges. Si prepara una soluzione madre di glicocolato sodico e colesterina sciogliendo due gr. di glicocolato sodico in alcool a 96° aggiungendo gradatamente alcool fino al volume di gr. 100. Si aggiungono lentamente gr. 0,4 di colesterina fino ad ottenere una fine sospensione. Si mettono in una provetta cmc. 2 di questa soluzione madre alla diluizione di 1:19. In un'altra provetta si mettono cmc. 2 della stessa soluzione madre alla diluizione di 1:29. Si aggiungono ad ogni provetta cmc. 0,2 di una soluzione acquosa al 2 % di glicocolato sodico. Si aggiungono ancora ad ogni provetta cmc. 0,4 di siero inattivato o se si adopera liquido cefalo-rachidiano cmc. 0,8. Dopo 20 ore si osservano i risultati: nei sieri luetici deve avvenire una precipitazione in tutte e due le provette.

Noi su 25 sieri R. W. pos. ottenemmo 18 rea-

zioni pos., 3 reaz. neg. e 4 reaz. incerte; e su 30 sieri R. W. neg. ottenemmo 15 reaz. neg., 3 reaz. pos. e 12 reaz. incerte, cioè il 60 % di concordanze.

Il metodo ha il difetto di dare troppo spesso dei lievissimi intorbidamenti od opalescenze in ambedue le provette tali da non poterli chiamare precipitati, nè d'altra parte il siero si può dire limpido, cosa che lascia incerti molto nei risultati.

Metodo di Klausner con l'acqua distillata. — Klausner notò che quando si diluisce un siero, non inattivato, con acqua distillata in date proporzioni, se il siero è luetico si ha un precipitato che non avviene se il siero non è luetico.

Si prendono 0,2 cmc. di siero fresco e si aggiungono 0,6 cmc. di acqua distillata purissima non acida. Dopo 15 ore circa a T. ambiente deve formarsi il precipitato.

Il Klausner su 300 sieri R. W. posit. ottenne 289 concordanze ossia il 96 %.

Noi su 35 sieri R. W. pos. ottenemmo 30 concordanze e su 28 sieri R. W. neg. 13 reaz. pos., 15 reaz. neg., ossia il 71 % di concordanze.

Però si deve notare che mentre per i sieri a R. W. pos. vi è un'alta percentuale di concordanze, per i sieri R. W. neg. vi è un'alta percentuale di reazioni positive. Quasi sempre poi dopo 18-24 ore anche i sieri nettamente Wassermann negativi mostrano un precipitato.

Metodo al formolo. (*Gaté et Papacostas*). — Questa reazione è semplicissima ed è basata su di una osservazione casuale: essendo stati buttati dei sieri R. W. pos. in una bacinella contenente soluzione di formalina a scopo disinfettante il giorno dopo si vide che la massa globale dei sieri si era coagulata. Fu ripetuta ad arte l'esperienza con sieri R. W. pos. e con sieri R. W. neg. e si notò che quelli positivi coagulavano e quelli negativi non coagulavano. Si cercò naturalmente il modo più adatto di unire il formolo al siero e si vide che l'*optimum* delle condizioni per ottenere la reazione era di aggiungere a un cmc. di siero (non importa se inattivo o no) una o due goccie di formolo del commercio. Dopo 24 ore a T. ambiente se il siero è R. W. pos. si ha coagulazione.

Gli AA. esperimentando su 400 sieri osservarono che mescolando insieme parecchi sieri posit. ed aggiungendo il formolo la coagulazione avveniva nel 100 % dei casi mentre sui singoli sieri ottennero una percentuale dell'85 %.

Noi abbiamo esperimentato sui singoli sieri ed abbiamo visto che su 24 sieri R. W. pos. ottenemmo 13 volte la coagulazione e su 30 sieri negativi non ottenemmo mai la coagulazione. Percentuale del 79 % circa.

La reazione pure essendo costante nei casi negativi ha però una percentuale bassa nei sieri positivi e perciò non è molto importante dal punto di vista pratico.

Metodo di Brück con l'acido nitrico. — Il Brück partendo dall'ipotesi che la deviazione del complemento nella R. W. poteva essere dovuta alla presenza di acidi nell'antigene, fece agire con modalità e titolazione speciale acidi inorganici ed organici sul siero inattivato.

A cmc. 0,5 di siero inattivato per un'ora a 56° si aggiungono 2 cmc. di acqua distillata a reazione perfettamente neutra. Si agita e si aggiungono cmc. 0,3 di acido nitrico al 24,77 % e con peso specifico 1,14. Si agita ancora e si lascia riposare per 10 minuti a T. ambiente. Si aggiungono quindi 16 cmc. di acqua distillata. Si capovolge la provetta per 3 volte adagio e si ripete la manovra dopo 10 minuti. Si lascia la provetta per mezz'ora a T. ambiente e si legge quindi il risultato. La reazione positiva è data da un intorbidamento bianco a piccoli fiocchi che va man mano depositandosi al fondo della provetta. Se la reazione è negativa il liquido rimane limpido.

Il Brück su 266 sieri a R. W. pos. ottenne 214 concordanze e su 54 R. W. neg. ottenne 20 concordanze cioè il 73 % circa con la R. W.

M.lle Mazot e Rubinstein su 115 sieri ottennero il 70 % di concordanze.

Noi su 23 casi di R. W. pos. abbiamo ottenuto 16 reaz. pos., 5 neg. e 2 incerte. Su 49 casi con R. W. neg. abbiamo ottenuto 34 reaz. neg., 11 reaz. pos. e 4 incerte, cioè il 69 % circa di concordanze.

Metodo di Brück con l'acido lattico. — Si prepara una soluzione madre di acido lattico al 10 % e se ne prende 1 cmc. che si aggiunge a 99 cmc. di acqua dstillata, (sol. figlia). Si fanno varie diluizioni della soluzione figlia e si osserva a quali diluizioni si ottiene un precipitato con sieri sicuramente luetici. La più debole di queste diluizioni che dà ancora un precipitato netto è quella che si deve scegliere. Per Brück era quella data da 13-14 cmc. di soluzione figlia con 80 cmc. di acqua distillata aggiunti a 0,2 cmc. di siero.

Il Brück su 30 sieri R. W. pos. ottenne 30 concordanze e su 30 R. W. neg. ebbe pure il massimo delle concordanze, vale a dire con il metodo dell'acido lattico si avrebbe il 100 % di concordanze colla R. W.

Noi non possiamo essere d'accordo col Brück su questi perfetti risultati poichè su 32 sieri R. W. pos. è bensì vero che ottenemmo 30 concordanze e 2 casi incerti (con 14-15 cmc. di sol. figlia e 60 cmc. di acqua distillata), ma su 42 casi R. W. neg. ottenemmo 2 concordanze e 40 reaz. posit., vale a dire, secondo le nostre esperienze, la reazione sarebbe quasi assolutamente aspecifica essendo positiva su sieri di individui sani e su sieri di individui affetti dalle più varie malattie.

Metodo De Villa-Ronchi con l'acido acetico. — Noi abbiamo eseguite esperienze anche con reagenti non usati dal Brück quali l'acido acetico e l'acido butirrico onde vedere se altri acidi organici agissero meglio dell'acido lattico per la precipito-reazione. Fu usata la stessa tecnica che per l'acido lattico e la più debole diluizione per l'acido acetico che dava ancora un precipitato netto fu questa: 18 cmc. di soluzione figlia con 50 cmc. di acqua distillata aggiunti a 0.2 cmc. di siero inattivato. Fu trovata però la stessa aspecificità che per l'acido lattico: su 18 sieri R. W. pos. ottenemmo 18 reaz. pos. e su 19 sieri R. W. neg. ottenemmo 7 reaz. neg. e 12 pos., cioè il 67 % di concordanze.

Metodo De Villa-Ronchi con l'acido butirrico. — La diluizione massima per l'acido butirrico era di 10-11 cmc. di soluz. figlia con 90 cmc. di acqua distillata. Su 25 sieri R. W. pos. ottenemmo 25 reazioni pos. e su 15 sieri R. W. neg. ottenemmo 5 reazioni neg. e 10 reazioni pos. cioè il 75 % di concordanze.

Metodo Brück con l'alcool. — Il Brück, partendo dal concetto che la deviazione del complemento e la precipitazione del corpo precipitabile nei sieri luetici potesse essere dovuta anche all'alcool contenuto nell'antigene, praticò una reazione con il seguente metodo: si prepara la

soluz. *A*): alcool a 96°, 100 cmc.; acqua distillata, 200 cmc.

soluz. *B*): alcool a 96°, 80 cmc.; acqua distillata, 220 cmc.

A 3 cmc. di ciascuna di queste soluzioni si aggiungono 0,2 cmc. di siero inattivato per 1 ora a 56°.

Se si tratta di siero luetico compare in 10 minuti un intorbidamento intenso in tutte due le provette. La temperatura ambiente non deve sorpassare i 15° C. perchè a temper. maggiori si ridiscioglie l'intorbidamento formato.

Il Brück su 258 sieri R. W. pos. ottenne 241 concordanze e su 162 sieri R. W. neg. 154 concordanze, cioè il 94 %.

Noi su 31 sieri R. W. pos. ottenemmo 10 reaz. pos., 8 reaz. neg. e 13 reaz. incerte. Su 20 sieri R. W. neg. ottenemmo 7 reaz. neg. e 13 reaz. incerte. Cioè il 33 % circa di concordanze.

Non fu praticata ulteriormente la reazione su di un maggior numero di sieri per le scarse concordanze ottenute e perchè il metodo ha il difetto troppo grave per la pratica, di essere eccessivamente subbiettivo nell'apprezzamento dei risultati. La reazione è poi molto influenzata dall'epoca del prelevamento del sangue e della inattivazione del siero, fino ad avere risultati opposti. Anche Zeisler e Stern hanno rilevato lo stesso inconveniente.

Metodo De Villa-Ronchi con l'etere. — Noi abbiamo voluto sperimentare oltre l'alcool anche l'etere, l'alcool-etere, il cloroformio, l'etere-cloroformio, l'alcool-cloroformio, l'alcool-colesterina onde vedere se altri solventi dei lipoidi (se concentrati, precipitanti se diluiti) meglio servissero per la precipito-reazione.

Per l'etere fu usata la stessa tecnica che per l'alcool.

Su 16 casi di R. W. pos. avemmo 8 reaz. pos. e su 14 R. W. neg. avemmo 8 reazioni neg. e 6 reaz. pos., cioè il 53 % di concordanze.

Metodo De Villa-Ronchi con l'alcool-etere (ana parti). — Stessa tecnica: su 12 casi R.W. avemmo 4 reaz. pos., 2 reaz. neg. e 6 reaz. incerte. Su 12 casi R. W. neg. avemmo 5 reazioni neg., 5 pos. e 2 incerte. Cioè il 38 % di concordanze.

Anche con questa reazione la subiettività dell'interpretazione, pur non essendo così eccessiva come per l'alcool solo, è pur tuttavia assai in gioco.

Metodo De Villa-Ronchi con il cloroformio. — Stessa tecnica: su 14 casi R. W. pos. avemmo 4 reaz. pos., 7 neg., 3 incerte. Su 16 casi R. W. neg. avemmo 10 reaz. neg., 3 pos. e 3 incerte, cioè il 46 % di concordanze.

Metodo De Villa-Ronchi con il cloroformio-etere (ana parti). — Su 13 casi R. W. pos. avemmo 10 reaz. pos., 3 reaz. incerte. Su 12 casi R. W. neg. avemmo 6 reaz. neg. e 6 pos, cioè il 64 % di concordanze.

Metodo De Villa-Ronchi con l'alcool-cloroformio. — Su 10 casi R. W. pos. avemmo 6 reaz. pos. e 4 reaz. incerte. Su 14 casi R. W. neg. avemmo 4 reaz. neg. e 10 reaz. incerte. 41 % di concordanze.

Metodo De Villa-Ronchi con alcool-colesterina. — Stessa tecnica: Alcool a 96°. Soluzione di colesterina all'1 %.

R W	METODI														
	al Glicocolato di sodio	al Glicocolato e Colesterina	all' Acqua distillata	al Formolo	all' Acido Nitrico	all' Acido Lattico	all' Acido Acetico	all' Acido Butirrico	all' Alcool	all' Etere	all' Alcool-Etere	al Cloroformio	all' Etere-Cloroformio	all' Alcool Cloroformio	all' Alcool Colesterina
20 + 20 —	15+ 5— 12— 8+														
25 + 30 —		18+ 3— 4 ? 15— 3+ 12													
35 + 28 —			30+ 5— 15— 13+												
24 + 30 —				13+ 11— 30—											
23 + 49 —					16+ 5— 2 ? 34— 11+ 4 ?										
32 + 42 —						30+ 2 ? 2— 40+									
18 + 19 —							18+ 7+ 12—								
25 + 15 —								25+ 5— 10+							
31 + 20 —									10+ 8— 13 ? 7— 13 ?						
16 + 14 —										8+ 8— 8— 6+					
12 + 12 —											4+ 2— 6 ? 5— 5+ 2 ?				
14 + 16 —												4+ 7— 3 ? 10— 3+ 3 ?			
13 + 12 —													10+ 3 ? 6— 6+		
10 + 14 —														6+ 4— 4— 10 ?	
25 + 10 —															20+ 4— 1 ? 8+ 2—
654	67 %	60 %	71 %	79 %	69 %	43 %	67 %	75 %	33 %	53 %	38 %	46 %	64 %	41 %	80 %

Su 25 casi R. W. pos. avemmo 20 reaz. pos., 1 neg., 4 incerte. Su 10 casi R. W. neg. avemmo 8 reaz. neg. e 2 reaz. pos., cioè l'80 % di concordanze.

Devesi però notare che non era possibile tenere in perfetta soluzione la colesterina nell'alcool a 96° e all'1 %. Solo riscaldando la soluzione a bagno-maria si poteva avere un liquido limpido, ma appena la miscela si raffreddava, la colesterina in parte precipitava. Questo inconveniente troppo facilmente concorre a dare risultati confusi e di difficile interpretazione sì da interpretare positiva una reazione per la precipitazione della colesterina stessa. La colesterina era purissima e fornita gentilmente dal prof. Serono, direttore dell'Istituto Nazionale Medico Farmacologico di Roma.

La reazione di Wassermann, che serviva di paragone per i risultati di ogni esperienza, veniva praticata nel laboratorio della Clinica su sieri dei ricoverati nelle sale, dei bambini dell'ambulatorio ed esterni (di altre cliniche e privati).

La tecnica usata era la seguente: a 0.20 di siero inattivato per un'ora a 56°, venivano aggiunti cmc. 0.74 di soluzione fisiol. sterile, e cmc. 0.06 di antigene (estratto alcoolico di fegato eredoluetico). Si aggiungeva quindi 1 cmc. di diluizione di siero di cavia fresco al titolo di 1:10. Il gruppo emolitico veniva formato con globuli rossi di montone al 5 % in soluzione fisiologica al 0.90 ed il siero emolitico fornito dall'Istituto Sieroterapico Milanese era usato al titolo di 1:300.

Come si vede dai risultati riferiti, le concordanze con la reazione di Wassermann con i vari metodi esperimentati non sono notevoli e tali da potere elevare in pratica di laboratorio queste reazioni all'onore di «equivalenti» della R. W.; le conclusioni delle nostre esperienze sono in notevole disaccordo con i risultati riferiti dal Brück. Vi sono inoltre altre percentuali di risultati non specifici cioè di esiti positivi in sieri non luetici ma di individui sani od affetti da varie malattie.

Dobbiamo poi in particolar modo notare che tutti i *liquidi cefalo-rachidiani sui quali furono praticate le varie reazioni chimiche, circa 150, costantemente e manifestamente hanno dato risultato negativo anche quando la R.W. era in essi positivissima e la reazione di Nonne pure in modo indubbio positiva.* Vedremo in una prossima nota come possa essere interpretato questo fatto e se possa mettere un po' di luce sulla natura del corpo ignoto che nel siero luetico provoca la deviazione del complemento (1).

Se per ora i risultati delle reazioni chimiche non sono tali da far passare i metodi alla pratica di laboratorio non vuol dire che dette ricerche non abbiano alcun valore; esse sono basate su principi dedotti da osservazioni obbiettive e da fenomeni ottenuti collo esperimento. Questi metodi non sono ancora applicabili alla pratica perchè forse non si sono trovate ancora tutte quelle condizioni nelle quali sarà necessario mettersi per ottenere la specificità della reazione. Potrebbero però avere un'importanza teorica altissima se contribuissero ad illuminare sulla natura del corpo che con essa è precipitato dal siero luetico e che deve produrre la deviazione del complemento.

Roma, marzo 1921.

BIBLIOGRAFIA.

BRÜCK. *Weitere serochem. Unter. bei Syphilis*, M. med. Woch., n. 35-36, 1917.
PORGES. Wien. klin. Woch., 1918.
KLAUSNER. Wien. klin. Woch., 1908.
GATE et PAPACOSTAS. *Formol gelification.* Réunion biol. de Lille, 13 novembre 1920.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Delle febbri urinose fulminanti

pel dott. EUGENIO PIRONDINI.

Le febbri urinose fulminanti eran ben note ai chirurgi dell'epoca preantisettica, e varie forme erano da essi descritte (forme ipertermica, eclamptica, sincopale, comatosa, e altre secondarie a queste riconducibili).

Ma poi, nei trattati e nei lavori che seguirono se ne trattò sempre meno: nello stesso magistrale capitolo di F. Guyon sulla infezione urinosa (*Malattie delle vie urinarie* - Volume II) queste forme sono appena accennate, e in seguito, solo forse nel lavoro di English (*Folia Urologica*, Bd. V), sono trattate con una relativa diffusione.

Eppure le febbri urinose fulminanti hanno estrema importanza clinica. Indubbiamente, l'averne gli Autori recenti così poco trattato si può spiegare col fatto che tali forme dovettero divenire sempre più rare col progredire dell'asepsi, e anche di tutta la tecnica riguardante specialmente la chirurgia uretrale.

Ma pure, oggi ancora vi è qualche caso, in

(1) Il liquido cefalo-rachidiano era usato in quantità doppia e anche tripla della corrispondente quantità di siero, ed anche le diluizioni dei vari reagenti chimici erano meno forti.

cui, malgrado la tecnica più rigorosa, una febbre urinosa uccide nel modo più repentino e impressionante, evolvendo a volte persino nel periodo di poche ore, senza che alcun elemento clinico, la renda sia pure lontanamente prevedibile.

***

In armonia colla possibilità che una febbre urinosa uccida nel decorso di poche ore, sta il fatto che fenomeni gravi sono a volte di una fulminea precocità, e già nei primi momenti, di una intensità non proporzionata all'importanza della manovra uretrale che immediatamente precedette. (Naturalmente si prescinde dai tipici deliqui che seguono immediatamente, ad es., a un semplice catet. esploratore e che rientrano — in gran parte almeno — tra i deliqui comuni).

Eccone un esempio personale; la febbre che insorse di poi non fu mortale, ma i fenomeni immediati furono così diversi da quelli di un comune deliquio, e così gravi da far pensare piuttosto a un ictus.

In un infermo che presenta i fenomeni di un cancro della prostata, la cistoscopia riconferma tale diagnosi, dimostrando i segni indiretti del tumore prostatico: edema e sollevamento del trigono; tipica deformazione del collo che presenta edema bolloso e noduli.

Un mese dopo, la minzione è a volte stentata, e l'uretra è meno permeabile agli alti calibri.

Dopo un altro mese si vuole fare una uretroscopia posteriore coll'uretroscopio di Goldschmidt, per osservare direttamente il tumore che deve essere ulcerato nella pars prostatica.

Ma l'uretroscopio urta contro un ostacolo all'angolo peno-scrotale, e spingendo un poco si ha subito dolore e sangue. Così pure, una oliva esplorativa di Guyon N. 17 riconferma che in tal punto v'è una stenosi: evidentemente una metastasi.

Mentre si fa l'esplorazione olivare, di improvviso un brivido intenso comincia a scuotere fortemente l'infermo, che si fa pallido, e ansiosissimo, mentre — chiamato — non risponde. Il suo occhio diviene fisso e sbarrato, mentre la pupilla si mantiene invariata, e il polso buono, per frequenza, e specialmente per tensione, chè anzi questa è aumentata.

Tale stato dura per 15' circa, e poi si attenua fortemente sino a dileguarsi: persiste ancora qualche brivido.

Riveduto l'infermo pochi giorni dopo, non pare — a quanto dice — che abbia avuto febbre molto elevata.

In tale esempio, la febbre urinosa fu fulminea nel senso dell'inizio immediato dei fenomeni; non fulminante, chè anzi — come per fortuna avviene in non rari casi di tal genere — non ebbe neppure esito letale.

Le febbri urinose veramente fulminanti uccidono entro poche ore dopo la manovra — o l'atto operativo — per lo più uretrale. Il loro inizio è quindi sempre molto precoce (in genere alla 2ª-3ª ora), e a volte persino fulmineo, immediato, analogamente all'esempio descritto.

Ecco un primo esempio di febbre urinosa fulminante, (osservato dal dott. Pietro Ricci, nell'Ospedale di S. Giacomo, e nell'anno 1892).

Trattavasi di un infermo operato di uretrotomia esterna per una stenosi uretrale impermeabile. Il decorso post operatorio era proceduto regolarissimo e l'infermo stava ormai per essere dimesso. In questo momento rimaneva al perineo un piccolo tramite, e la dilatazione era stata portata — sempre colle sonde semirigide — ai n. 16-18.

Un giorno la dilatazione viene fatta con due Beniqué di numeri a questi superiori. Il passaggio avviene regolarmente, *senza uretrorragia.* Due ore dopo l'infermo è colto da un brivido intensissimo che precede un elevamento termico estremamente rapido e intenso, e muore in coma entro la 12ª ora.

(Non ci fu possibile avere maggiori dettagli).

Ma ancora più rapido e impressionante fu l'evolversi della febbre urinosa fulminante nell'osservazione seguente, personale:

In un infermo che ha una stenosi uretrale impermeabile alle filiformi, si decide — dopo molti tentativi di passaggio — l'atto operativo.

Questo infermo è in buone condizioni generali: solo presenta qualche aritmia per una lieve miocardite, e una singolare peculiarità consistente in un'estrema facilità con cui si raffredda.

L'atto operativo viene praticato in eteronarcosi: epicistotomia — introdotte nell'uretra, in via retrograda la sonda di Guyon-Farabeuf, e in via diretta una comune sonda metallica di Dittel, di piccolo calibro, si separa con una piccolissima bottoniera perineale la barriera che le divide, corrispondente alla stenosi impermeabile — quindi, un catetere semirigido a « bout coupé » n. 19 vien fatto passare dal meato alla bottoniera, e dalla bottoniera (legato alla sonda retrograda) viene facilmente tratto in vescica, dopo di che questa viene chiusa con due piani.

Decorso post-operatorio dapprima regolarissimo. In 6ª giornata si toglie il catetere a permanenza e poichè l'introduzione di quello di ricambio è notevolmente difficile, vi si rinuncia. Dopo poche ore da tali tentativi di introduzione la temperatura è 40°.4; ma poche altre dopo torna l'apiressia.

Senza catetere a permanenza, l'infermo sulle prime emette molta urina dalla ferita sovrapubica; poi sempre più ne emette dal perineo, e alfine dal perineo e dal meato.

In 18ª giornata si pratica il 1° passaggio metallico: in questo momento lo stato generale è ottimo, la diuresi normale, l'urina lim-

pida; le due ferite sono quasi chiuse; persiste solo un modico edema del pene.

Il passaggio è preceduto da una più copiosa somministrazione di urotropina e vien fatto con analgesia novocainica. Si riesce a passare le comuni sonde metalliche di Dittel numeri 14, 15, 16 senza gran dolore e difficoltà, producendo una ben modica uretrorragia.

Al termine della dilatazione sono le h. 13; l'infermo dice che ha sonno.

Poco dopo pranza. Poi continua a stare bene, e in breve periodo di tempo (meno di 3 ore) s'alza da letto 3 volte per urinare in posizione assisa, riuscendo a emettere facilmente dal perineo una forte quantità complessiva di urina, lievemente emorragica.

Ma alle 15,30 ha qualche brivido, e alle 16 la sua facies diviene cadaverica; la temperatura è 38°.2.

Dopo un'altra mezz'ora, il quadro clinico d'improvviso s'aggrava: insorgono brividi fortissimi e prolungati, mentre il polso diviene sempre più piccolo e frequente; poco dopo l'infermo diviene agitato e ansioso, poi delirante; indi vomita più volte e ha ripetute scosse cloniche agli arti inferiori.

Il quadro clinico continua a divenire sempre più grave, e alle 17,30 l'infermo è del tutto incosciente; la temp. è 41°.9, il polso 130, la respirazione 48-50.

Ogni soccorso viene tentato; ma tale stato diviene sempre più minaccioso, e *l'infermo muore nel coma più profondo, poco prima delle h. 22, 9 ore dopo il passaggio dell'ultima sonda metallica, e a meno di 6 ore appena di distanza dai brividi intensi!!*

***

Nella osservazione 2ª e nella 3ª trattasi dunque indubbiamente di *febbri urinose maligne*, o meglio *fulminanti*, di vere e proprie *perniciose comatose urinarie* (1), in cui molto probabilmente è in gran parte almeno l'ipertermia che produce i fenomeni bulbari e cerebrali.

Tali ipertermie maligne possono assumere il decorso *più fulmineo d'ogni altra malattia urinaria o complicazione*. E infatti, a prescindere dalle cause generali di esito rapidissimamente letale, non v'è forse altra condizione di origine strettamente urinaria che possa uccidere prima delle 12 ore: nè la più spaventosa infiltrazione urinosa, nè la più maligna pielonefrite ematogena fulminante di Brewer.

Il *coma uremico* solo può avere un decorso non meno rapido (però è facilmente differenziabile, poichè è più spesso un coma eclamptico, e quasi mai, o mai forse, un coma ipertermico).

Nelle ipertermie urinose fulminanti l'inizio precocissimo dei fenomeni (nelle due osservazioni, solo 2 ore circa dopo la manovra uretrale) e il rapidissimo decorso inducono ad ammettere che il fondamentale fattore patogenetico sia una *tossiemia*. Naturalmente si estende tale concezione anche alla possibilità che determinati germi, o fissi rimanendo nelle pareti dell'uretra nei tessuti, e nei molti vasi periuretrali, o penetrati in circolo, esplichino un'azione estremamente tossica.

Nei casi, in cui fenomeni gravi hanno un inizio immediato, può esser invocato il fattore (prevalentemente o esclusivamente) *neurogeno*, sebbene non sempre l'ipotesi abbia grande probabilità: per es., nell'infermo della osservazione I di immediata reazione, nessun dato clinico può convalidare tale patogenesi (l'infermo aveva avuto altri passaggi metallici, e la manovra uretrale era stata non brutale nè molto dolorosa).

Invece, nell'infermo della osservazione III è ammissibile che la produzione della ipertermia sia stata favorita da una *singolare labilità dei centri termoregolatori*: l'infermo diceva infatti che fin dai primi anni di vita si raffreddava con una eccessiva facilità anche nell'estate, malgrado le più grandi cautele.

Ma questa pure è una semplice ipotesi; indubbiamente invece la non completa integrità funzionale del miocardio dovette contribuire molto a rendere la ipertermia rapidamente letale. Altre cause manifeste mancavano: infatti le urine erano ormai limpide, e nessun fattore renale era clinicamente dimostrabile.

Così pure in nessuna delle osservazioni descritte l'esito rapidamente letale può essere riferito a qualche anormalità avvenuta nella dilatazione uretrale: le regole dell'asepsi furono osservate rigorosamente, e anzi nell'infermo della oss. III fu aggiunta la preparazione con dosi d'urotropina maggiori di quelle prima somministrate; inoltre, in nessuno dei tre infermi fu forzata la permeabilità dell'uretra con manovre brutali, chè anzi in quello della oss. II mancò persino una manifesta uretrorragia (onde la patogenesi potrebbe essere riferita a fattori neurogeni, da coloro che a questi attribuiscono la prevalente importanza).

Negli infermi della osservazione I e III vi era già stata una febbre urinosa: nel primo quasi 2 mesi prima dei fenomeni immediati « equivalenti della febbre », e nel secondo 12 giorni prima della febbre mortale. Se in tali casi possano intervenire *fattori anafilattici* è discutibile e solo una completa revisione di tutti i casi sparsi nella letteratura potrà precisare il valore dell'ipotesi.

(1) Febbri di eccezione degli antichi.

***

Comunque, pei fini pratici si rammenti bene quanto segue:

A) Anche nelle condizioni meno prevedibili (per assenza cioè di manifesti fattori predisponenti urinarii, renali, cardiaci o nervosi), febbri urinose di eccezionale gravità possono insorgere in seguito ad atti operativi o anche in seguito a semplici manovre uretrali di importanza apparentemente ben lieve.

B) Per evitare tali disastrose complicazioni non vi sono mezzi di assoluta sicurezza. Però l'esperienza dimostra che tali complicazioni sono di una rarità grandissima, se i precetti seguenti — (che si riferiscono specialmente al cateterismo metallico dilatatore) — non vengono dimenticati:

1° È necessario osservare le più rigorose regole dell'asepsi e dell'antisepsi. Anche per tali ragioni, se vi è infezione urinaria, è utile rinviare nei limiti possibili la dilatazione, o più generalmente la manovra uretrale a un momento in cui è ottenuto il miglioramento della infezione stessa. In ogni caso, è consigliabile pure la preparazione con antisettici urinarii per via interna;

2° È necessario evitare le manovre brutali e forzate, e in ogni caso è assai utile valersi dell'analgesia (novocainica), per rendere più facile e meno traumatizzante ogni manovra;

3° Infine è estremamente utile — quando è possibile — far seguire al lavaggio preliminare dell'uretra, il riempimento preliminare della vescica con un liquido indifferente, o lievemente antisettico, (precauzione che mancò nell'inf. II forse perchè non vi si pensò, e nell'infermo III perchè non fu possibile). Il maggior pericolo consiste infatti nella penetrazione in circolo di agenti infettivi e tossici quando — alle prime minzioni dopo una manovra uretrale, l'urina viene a contatto — colle possibili, sia pure limitatissime, effrazioni della parete uretrale.

Ed è precisamente alle prime minzioni, che tale penetrazione può avvenire con maggiore facilità, perchè spesso, per fenomeni irritativi immediati, queste avvengono con più grande irruenza e con più alta pressione della colonna liquida che si avanza nell'uretra.

Se dunque, alle prime minzioni o anche solamente alla prima, l'urina sarà molto diluita o molto modificata per la miscela con un antisettico, i pericoli di tale penetrazione diminuiranno sensibilmente. Perciò non si dimentichi tale cautela che può forse avere il valore di un fondamentale mezzo profilattico.

SUNTI E RASSEGNE.

LOGICA MEDICA.

Condizionismo o dottrina della causalità?

(A. HERZBERG. *Berl. Klin. Wochenschr.*, numero 15, 1921).

Verworn trovando imperfetta la dottrina della causalità vi ha contrapposto una dottrina a cui ha dato il nome di *condizionismo*. Il concetto è il seguente:

1° Non esistono condizioni o processi isolati; ogni condizione ed ogni processo dipendono da altre condizioni e da altri processi.

2° Nessuna condizione, nessun processo, è causato da un solo fattore, ma sempre da parecchi fattori combinati (principio della pluralità dei fattori).

3° Ogni processo ed ogni condizione sono stabiliti in modo deciso dalla somma dei fattori. Soltanto l'eguaglianza dei fattori può determinare un'eguaglianza dei processi o delle condizioni risultanti.

4° Ogni processo o condizione è identica alla somma dei suoi fattori determinanti. Il complesso dei fattori rappresenta direttamente il processo o la condizione (principio dell'identità).

5° Ciascuno dei fattori è ugualmente necessario per la determinazione del processo o della condizione (principio dell'equivalenza). Così concepito, il condizionismo differisce dalla dottrina della causalità in 3 punti:

1° La dottrina della causalità considera di solito, secondo Verworn, un solo fattore nel determinismo di un dato processo, mentre il condizionismo ne considera sempre parecchi.

2° Quando la dottrina della causalità prende in considerazione parecchi fattori, essa non li considera equivalenti, egualmente necessari; il condizionismo sì.

3° La dottrina della causalità ritiene che la somma dei fattori non sia sempre eguale al processo che essi determinano; ciò che viene affermato dal condizionismo.

Esaminando separatamente ciascuna di queste pretese differenze:

1. *La pluralità dei fattori.* — Non è vero che la dottrina della causalità attribuisca ogni processo ad un solo fattore. Così, p. es., nella chimica essa considera come causa dello scoppio di una miscela di gas l'affinità dei gas, il loro intimo contatto e l'esposizione ai raggi solari; nell'embriologia come causa dello sviluppo dell'uovo non soltanto la penetrazione dello spermatozoo, ma anche l'azione dell'ossigeno e una determinata temperatura; nella medicina come causa della paralisi progressi-

va non soltanto l'infezione luetica, ma anche l'abuso alcoolico o l'eccessiva fatica mentale, o la mancanza di sonno, le preoccupazioni, ecc.

L'equivoco di Verworn è dovuto in primo luogo al fatto che spesso la dottrina della causalità raggruppa diversi fattori sotto la denominazione di «causa», in secondo luogo che spesso viene nominato soltanto il fattore più importante.

2. *Il principio dell'equivalenza dei fattori.* — Esso costituisce una reale distinzione tra condizionismo e dottrina della causalità; ammette l'indispensabilità di ciascuno dei fattori. Avviene realmente così? Per ottenere da una soluzione di carbonato di sodio dell'acido carbonico, si aggiunge dell'acido cloridrico; questo fattore si può però benissimo sostituire coll'acido solforico; così pure col semplice riscaldamento del carbonato di sodio. Nell'etiologia della paralisi progressiva, l'alcoolismo può venir sostituito dall'eccessivo lavoro mentale, dalle preoccupazioni, ecc. Tale sostituzione però non è possibile che prendendo in considerazione dei processi parziali; se si osserva il processo completo, si vede che si ottiene sì dell'acido carbonico facendo agire tanto l'acido cloridrico quanto quello solforico sul carbonato di sodio, che però nel primo caso si otterrà contemporaneamente cloruro di sodio, nel secondo solfato di sodio; il processo completo si altera dunque con la modificazione dei singoli fattori. Il principio dell'equivalenza, meglio detto dell'equinecessità dei fattori, è dunque esatto nel senso che ciascun fattore è indispensabile perchè il processo completo decorra in un determinato modo; però tale principio non può venire adottato nell'indagine scientifica, occupandosi questa sempre di processi parziali e non del processo completo. Il processo completo sarà forse differente nei casi nei quali la paralisi progressiva è determinata da lue e alcoolismo e in quelli nei quali è determinata da lue e strapazzi; ciò però per la medicina non ha importanza, mentre ha importanza la distinzione di fattori in non sostituibili (infezione luetica) e sostituibili (alcoolismo, strapazzi, ecc.).

3. *Il principio dell'identità.* — Esso, affermando l'identità assoluta tra i fattori e il processo generato viene contrapposto alla concezione metafisica che dietro le apparenze ricerca ancora un'essenza delle cose. I fattori di una tubercolosi polmonare sono le disposizioni ereditarie, la penetrazione e la moltiplicazione dei bacilli e la produzione di tossine. Il processo determinato è la lesione polmonare, come poter parlare di identità? Se si guarda una stella i raggi luminosi, irritata la retina e condotti per la via dei nervi ottici al lobo occipitale, vi provocano un'immagine; la dottrina della causalità considera come causa diretta di questa immagine il processo di stimolazione del centro visivo; il condizionismo proclamando l'identità dell'immagine con la stimolazione del centro visivo non fa che ritornare alle dottrine di un materialismo ormai sorpassato.

Riassumendo, la dottrina causale è superiore al condizionismo e deve venir soltanto ampliata col riconoscimento del principio di equivalenza per il processo completo. In tal modo ampliata essa sarebbe così formulata:

A) Ogni processo o stato è determinato da altri processi o stati (fattori determinanti).

B) Quando esistono i fattori determinanti e mancano dei fattori inibenti, il processo deve sempre e necessariamente determinarsi.

C) Eguali processi parziali possono dipendere da complessi di cause diverse; eguali processi completi, soltanto da complessi di cause identiche.

Pollitzer.

SEMEIOTICA.

Il tono muscolare e le sue alterazioni.

(I. P. Stewart *British medical Journal*, 12 febbraio 1921).

I muscoli volontari anche durante il riposo sono ordinariamente in uno stato di leggera tonicità. Il tono muscolare è un riflesso, e quindi la sua persistenza dipende dalla integrità dell'arco riflesso, costituito da fibre afferenti, da neuroni centrali midollari e da fibre efferenti.

Una qualsiasi lesione che interrompe in un punto qualunque l'arco riflesso determina tra gli altri fenomeni la scomparsa del tono musculare. Se la interruzione avviene nelle fibre afferenti o sensitive l'ipotonia si accompagna a perdita della sensibilità nell'area corrispondente; se invece la interruzione avviene nelle fibre afferenti o motorie si ha insieme alla ipotonia debolezza ed atrofia muscolare. Un esempio dimostrativo della ipotonia da lesione delle radici posteriori (tratto afferente dell'arco riflesso) si ha nella tabe, nella quale la ipotonia raggiunge un grado tale che gli arti del paziente possono essere posti passivamente in tutte le posizioni. Un esempio della scomparsa del tono musculare da interruzione del tratto motore dell'arco riflesso è dato dalla flaccidità dei muscoli in seguito a paralisi di un nervo periferico.

La condizione opposta, ossia l'aumento della tonicità muscolare dipende da stati irritativi

dell'arco riflesso. Talora la irritazione sta nel tratto afferente dell'arco, così si ha ipertonia dei muscoli che circondano un'articolazione infiammata o dolente, si ha rigidità dei muscoli della parete addominale in caso di appendicite. La ipertonia può essere anche determinata da irritazione delle cellule delle corna anteriori come negli avvelenamenti da stricnina.

Ma il tono muscolare può essere influenzato anche da fattori estranei all'arco riflesso su accennato.

Tutti i movimenti dei nostri muscoli volontari sono eseguiti per eccitazione delle cellule midollari, le quali ricevono dal cervello due forme d'impulsi. La prima forma è costituita da impulsi volontari che provengono dalla corteccia prerolandica e raggiungono il midollo attraverso il fascio piramidale. Gli altri impulsi sono involontarî, provengono dai centri subcorticali (corpo striato, nucleo rosso, nucleo del Deiters, ecc.), e raggiungono il midollo attraverso i fasci sub-cortico-spinali (fascio rubrospinale, vestibolo-spinale, ecc.). Queste due specie di impulsi, corticali e subcorticali, piramidali ed extrapiramidali, agiscono sulle cellule motorie del midollo, e gli impulsi piramidali provocano movimenti volontari, mentre quelli extrapiramidali determinano atti automatici. Ma oltre a ciò essi hanno un'azione regolatrice sul tono muscolare, la quale è antagonista. Così che se ambo gli impulsi per una qualsiasi lesione cessano, il normale tono muscolare diminuisce ed i muscoli diventano paralitici e insieme flaccidi. Ma se vengono a mancare solo gli impulsi piramidali, mentre persistono quelli subcorticali, si ha ipertonia e rigidità, ossia la così detta spasticità muscolare.

La spasticità dovuta a pura affezione piramidale, come nella comune emiplegia, è prodotta dall'azione non controbilanciata dei fasci motori non piramidali. Questi agiscono sulle cellule delle corna anteriori e producono ipertonia dei muscoli, che benchè paralizzati per i movimenti volontarî, possono tuttavia essere ancora influenzati dai centri subcorticali, per modo che gli arti paralitici possono ancora fare dei movimenti automatici.

D'altra parte nella spasticità dovuta a pura affezione extrapiramidale, come nella paralisi agitante, nella degenerazione lenticolare progressiva, ecc., sono perduti o diminuiti molti movimenti automatici, come quello del dondolamento delle braccia nel camminare, l'ammiccamento, benchè il paziente possa ancora, in rapporto all'integrità del fascio piramidale, eseguire movimenti volontarî con i suoi muscoli spastici.

Quando vengono meno ambo le specie di impulsi, quelli piramidali ed i non piramidali, come avviene nella sezione totale del midollo, si ha insieme paralisi e flaccidità.

La asportazione sperimentale del cervello con un taglio degli emisferi cerebrali per modo che vengono eliminati gli impulsi volontarî lasciando intatti i nuclei subcorticali si ha la così detta rigidità decerebrata: gli arti superiori ed inferiori sono rigidi in estensione, i muscoli della nuca e del dorso sono ipertonici con retrazione del capo.

Nell'uomo tale forma di rigidità si ha in conseguenza di emorragia del cervello medio con effusione nei ventricoli.

In certi casi di diplegia cerebrale, nei quali i centri subcorticali non si trovano più sotto il controllo della corteccia, si possono determinare i così detti movimenti automatici coniugati, così che se la testa del paziente vien voltata a destra, l'arto superiore sinistro si flette tonicamente mentre il destro si estende; il movimento inverso si ha se la testa è volta a sinistra.

Fenomeni analoghi si hanno nelle emiplegie croniche: così si osserva la flessione involontaria dell'arto superiore emiplegico se la faccia è rivolta verso il lato paralitico e la estensione involontaria dello stesso arto quando la faccia è volta al lato opposto. E molti emiplegici fanno un movimento di estensione dell'arto superiore paralizzato durante lo sbadiglio.

La ben nota rigidità muscolare che fa parte della classica sindrome della lesione del fascio piramidale o dei neuroni motori superiori è dovuta alla attività incontrollata dei nuclei motori subcorticali. In tali lesioni si ha tendenza nell'arto superiore alla flessione con pronazione dell'avambraccio e flessione della mano e delle dita; mentre nell'arto inferiore si ha ordinariamente estensione della coscia e della gamba, flessione plantare del piede e dorsiflessione delle dita.

La rigidità muscolare si può avere anche in affezioni extrapiramidali. Nella paralisi agitante il tremore è accompagnato e talvolta preceduto da rigidità della faccia, del tronco e degli arti.

Una influenza decisa sul tono muscolare ha il cervelletto. La funzione fondamentale di questa parte dell'encefalo è il governo della sinergia muscolare o coordinazione dei movimenti, per la quale è indispensabile innanzi tutto che sia conservato un certo grado di tonicità dei muscoli. La corteccia cerebellare è una stazione di ricezione di impulsi afferenti, come

ad es. quelli dell'equilibrio provenienti dai canali semicircolari e gli impulsi provenienti dai muscoli e dalle articolazioni, impulsi che non raggiungono la coscienza benchè il loro disordine provochi malessere. I centri motori cerebellari sono localizzati principalmente nei nuclei, che esercitano la loro influenza sulle corna anteriori e sui muscoli volontarî non direttamente, perchè mancano vie dirette cerebello-spinali, ma attraverso il nucleo rosso ed il nucleo di Deiters, dai quali partono le fibre rubro-spinali e vestibolo-spinali. Ciascuna metà del cervelletto è connessa con il nucleo rosso controlaterale e con il nucleo di Deiters omolaterale, le cui fibre discendono al midollo senza incrociarsi, mentre quelle rubro-spinali si decussano, per modo che un emisfero cerebellare trovasi in relazione con la metà midollare dello stesso lato.

Se si distrugge sperimentalmente il cervelletto il tono dei muscoli volontarî diminuisce. Se la distruzione è unilaterale la ipotonia è diffusa a tutti i muscoli della metà omologa del corpo. Il disturbo dei muscoli del tronco nelle lesioni unilaterali del cervelletto è dimostrato dal fatto che la tonicità dei muscoli del lato controlaterale non è bilanciata da quella dell'altro lato e l'animale si raggomitola su sè stesso.

La distruzione della parte anteriore del lobo medio o verme provoca ipotonia dei muscoli spinali di ambo i lati per modo che l'animale cade in avanti, mentre in seguito a distruzione della parte posteriore cade indietro.

Nell'uomo le lesioni distruttive improvvise del cervelletto sono relativamente rare, tuttavia se ne sono avuti esempî tipici durante la guerra. Nelle ferite unilaterali si ha atassia degli arti al lato omologo, con ipotonia che tende a scomparire dopo una o due settimane. Nelle ferite bilaterali si ha ipotonia dei muscoli non solo degli arti ma anche del tronco, per modo che il paziente non può reggersi in piedi. Ma anche in questo caso il disturbo tende a scomparire rapidamente.

Le lesioni irritative del cervelletto invece determinano rigidità tonica dei muscoli dello stesso lato. Parrebbe che il fenomeno sia in rapporto a stimolazione dei nuclei e non della corteccia cerebellare. Horsley e Clarke provocarono deviazione omolaterale del capo degli occhi con la eccitazione della parte superiore del nucleo dentato. La eccitazione della porzione basale dello stesso nucleo insieme a quella della parte superiore degli altri nuclei cerebellari adiacenti provoca flessione tonica dell'avambraccio, mentre la eccitazione isolata dei nuclei paracerebellari, senza quella del nucleo dentato, determina estensione tonica di ambo i lati, insomma una sindrome analoga a quella della rigidità da scerebrazione.

Nell'uomo le lesioni cerebellari irritative sono rare, e nei casi osservati la tipica iperpronazione dell'avambraccio spesso è mancata.

Le convulsioni tetaniche con gli spasmi tonici della faccia, della mandibola, del tronco e degli arti sono state considerate come una varietà di spasmo cerebellare. È probabile però che nel tetano vi siano anche processi irritativi dei nuclei del cervello medio e delle corna anteriori del midollo.

Anche la rigidità cervicale della meningite basilare è stata interpretata come un fenomeno di irritazione cerebellare: ma si tratta di ipotesi non ancora convenientemente suffragate da fatti positivi.

Dragotti.

MEDICINA.

Alla soglia della Glicosuria.

(K. Faber. *Acta Medica Scandinavica*, 4 febbraio 1921).

In ogni caso speciale di Glicosuria è interessante stabilire da che punto essa è dipendente dall'Iperglicemia e fin dove è dipendente dalla capacità funzionale dei reni a trattenere o, se piace, a secernere zucchero. Occorre, cioè, determinare il livello della soglia di eliminazione dello zucchero, e insieme di quanto esso è stato sorpassato.

Ormai non è più il caso di mettere in dubbio il fattore renale nel diabete, ed è definitivamente acquisito il fatto, che esiste una glicosuria senza iperglicemia, e che anche una glucosuria alimentare può trovarsi, in cui il contenuto di zucchero nel sangue non sia affatto aumentato.

Nella Clinica di Copenaghen sono stati studiati due casi di Glicosuria cronica, persistente in tutte le ore della giornata (per molti anni) anche se la quantità di zucchero nel sangue non fu oltre la media normale 0,07-0,10 %. Dopo l'ingestione di carboidrati la Glicemia aumentò in modo regolare, e anche la Glicosuria si accentuò. Con un digiuno di cinque giorni la Glicemia in un caso potè essere abbassata a 0,06 % e la Glicosuria allora si mantenne all'1,50 %, mentre a dieta ordinaria ricca in idrocarbonati la Glicosuria era del 5-6 %. La persistente e anche considerevole Glicosuria non si accompagnò ad alcun sintomo patologico, chè il paziente stava benissimo, e, se vi furono sintomi di neurastenia, questa, guarendo indipendentemente dalla guarigione

della Glicosuria, che fu ribelle, se ne addimostrò indipendente. In uno dei casi fu constatata glicosuria senza iperglicemia anche in un fratello. Essi naturalmente avevano un basso indice di resistenza renale allo zucchero.

In altri casi, sempre nella stessa Clinica, si trattava di Glicosuria ciclica (o alimentare) in cui l'urina non conteneva zucchero la mattina, mentre ne conteneva nel corso del giorno dopo dei pasti. Però su alcuni di essi la Glicosuria ciclica appariva senza che la percentuale di zucchero nel sangue eccedesse il livello normale: questi casi sono dunque del tipo renale non glicemico. In un caso vi fu Glicosuria non ostante che lo zucchero nel sangue non oltrepassasse il 0,102 %.

Nei veri diabetici, mentre l'iperglicemia è il fattore predominante nel determinare la glicosuria, è pure interessante investigare i rapporti della capacità di secrezione dello zucchero dai reni. All'uopo abbiamo iniziato il trattamento dei pazienti con varii giorni di digiuno (vino asciutto, caffè, tè e vegetali bolliti tre volte) per eliminare il più presto possibile la glicosuria. Simultaneamente diminuisce l'iperglicemia, il che rende agevole la ricerca della soglia della Glicosuria.

Per tale scopo occorre intraprendere: 1° una serie di determinazioni di zucchero del sangue; e il micrometodo del Bang all'acetato di uranilo sul sangue capillare, se eseguito bene, dà un errore non eccedente il 10 %; 2° una serie di determinazioni di zucchero dell'urina; il metodo Almen Nylander per l'esame qualitativo delicato è il migliore, purchè si badi ad eliminare l'albumina. Bisogna stare attenti a notare quando è il momento preciso nel quale l'urina dal contenere zucchero passi a non contenerne più, o viceversa. L'esame quantitativo è solo conveniente per stimare fino a che punto l'organismo si approssimi o meno al livello della capacità dei reni a trattenere lo zucchero, giacchè quanto più si è vicini a detto punto, tanto più scarso è lo zucchero escreto: il metodo di Bang all'idrossilamina e quello di Lohnstein alla fermentazione sono i più adatti.

Paragonati con i valori di soglia nei normali, quelli dei diabetici sembrano variare entro limiti considerevolmente più larghi. Quanto più bassa è la soglia, cioè la capacità del rene a trattenere zucchero, tanto più rapidamente comparirà la glicosuria dopo l'ingestione d'idrocarbonati, e tanto più dev'essere abbassato il livello della glicemia per far cessare la glicosuria.

Nei 32 diabetici esaminati i valori di soglia variarono da 0,08 a 0,19 %. In sedici di questi pazienti il livello della soglia fu determinato varie volte (fino a quattro volte) nello stesso paziente sotto condizioni identiche, cioè a dire durante il digiuno. In questi casi la capacità renale a trattenere lo zucchero fu trovata a giacere allo stesso livello. Il più lungo intervallo fra le determinazioni fu di venti mesi.

In ogni diabetico la soglia della glicosuria ha una caratteristica tutta propria, che può imprimere una speciale parvenza alla stessa malattia, cioè alla sindrome diabetica.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Il trattamento dei tumori vescicali. (1)

Studio analitico su 62 casi.

(B. A. THOMAS, Philadelphia. *The Journal of the American medical Association*, novembre 1920, n. 21).

Malgrado i notevoli progressi fatti negli ultimi anni, il trattamento dei tumori vescicali continua a rappresentare un problema non ancora completamente risoluto. Ciò, senza dubbio, si deve da una parte al fatto che i risultati definitivi, specialmente per i cancri, non sono soddisfacenti; d'altra parte alle speranze legate al trattamento con l'elettricità e col radio. A causa della tendenza che hanno anche i tumori benigni o papillomi a recidivare o a impiantarsi sulle superfici adiacenti o sulla ferita cistotomica, i risultati del trattamento operativo furono in passato così scoraggianti che i tumori vescicali rappresentavano uno sgradito campo della chirurgia.

L'opera di Beer che nel 1910 pose le basi del trattamento cistoscopico dei papillomi con le correnti ad alta frequenza — cosiddetta folgorazione, elettrocoagulazione, disseccazione — produsse una rivoluzione nella chirurgia di questo tipo di tumori. Le recidive si sono osservate anche dopo questo trattamento, sebbene paia che si siano osservate con frequenza minore; ma esse possono rapidamente e senza pericolo esser curate come il tumore primario.

Se il tumore è maligno (cancro o sarcoma) e se è stato scoperto in tempo, non si può eseguire altro trattamento che quello chirurgico.

La decisione fondamentale nella diagnosi e nell'indirizzo della cura deve esser data dall'esame cistoscopico; soccorrono poi in qualche caso la cistografia, l'esame istologico di un frammento escisso e la considerazione dello stato del paziente.

---

(1) Cfr. fasc. 20, pag. 693 e seg.

Il trattamento può così esser ricapitolato:

1° Se il tumore è un polipo, un emangioma o un papilloma unico o multiplo il trattamento di elezione è la folgorazione cistoscopica o elettrocoagulazione impiegando le correnti ad alta frequenza di Oudin o di d'Arsonval. In qualche caso la cistotomia può essere richiesta per asportare dei coaguli; allora si procederà anche alla distruzione dei papillomi col termocauterio o con la folgorazione. In altri casi la cistotomia è necessaria o perchè i papillomi sono diffusi a tutta la superficie dell'organo o perchè l'ematuria è molto intensa o infine perchè l'uretra è così ristretta e sensibile che non permette l'introduzione del cistoscopio.

In alcuni casi si è pensato ad associare alla folgorazione il trattamento col radio; però non si possiede ancora una sufficiente esperienza sui risultati.

2° In casi precoci di tumore maligno, specialmente in quelli che interessano gli orifici vescicali, quando appaia impossibile la resezione della zona sulla quale è sorto il neoplasma, è desiderabile di distruggere, previa cistotomia, il tumore con la folgorazione e poi impiantare il radio sul letto del tumore impiegando aghi contenenti ciascuno mmgr. 12,5 di radio. L'A. ha trattato in questo modo alcuni pazienti impiegando otto aghi e lasciandoli in posto per 18 ore.

Troppo poco tempo è trascorso per poter giudicare i risultati.

3° In casi di tumori maligni favorevolmente situati e non troppo avanzati il primo pensiero che viene è di resecare extra- o intra-peritonealmente la porzione di vescica che contiene il tumore e, se necessario, reimpiantare nella vescica residua gli ureteri.

Quando l'orificio vescicale sia interessato la vescica deve essere estirpata tutta, dopo aver praticato fistole lombari ureteriche o dopo aver impiantato gli ureteri nell'intestino. Dopo l'estirpazione del cancro, occorre istituire una cura intensiva con raggi X.

4° Nello sfortunato gruppo dei casi che sono oltre le speranze di guarigione con metodi chirurgici, occorre far qualche cosa per mitigare i disturbi. Nell'ultimo anno i tentativi chirurgici hanno ricevuto un forte impulso dalla raccomandazione di impiegare aghi multipli contenenti piccole quantità di radio da introdurre nel tumore. Il metodo usato dall'A. consiste nel distruggere con la folgorazione ogni parte malata visibile e palpabile attraverso la cistotomia e nell'impiantare poi gli aghi di radio attraverso il letto del tumore e lasciarli in posto per 6-18 ore.

Nei pazienti nei quali le condizioni generali non permettono un tale trattamento si può ancora ottenere qualche vantaggio combinando la terapia coi raggi X con le applicazioni di radio attraverso l'uretra e il retto.

Tra i 62 casi dell'A. sono compresi tumori di tutte le specie. Dalla statistica appare che in ogni età si sono trovati tumori benigni e maligni così che dall'età del paziente non si può trarre alcun criterio per sospettare la natura del tumore. Appare anche come molti pazienti avevano sofferenze da anni e che avevano perduto in cure mediche un tempo prezioso; alcuni avevano subito atti operativi e avevano avuto recidive.

21 pazienti di papilloma, 9 di cancro, 5 di polipi e 1 di emangioma furono trattati cistoscopicamente con correnti ad alta frequenza. Il numero delle applicazioni richieste per distruggere i tumori variò da una a diciannove; occorre però ricordare che molto spesso i tumori erano multipli.

Approssimativamente nella metà dei casi di papilloma si ebbe recidiva per 2 o 3 volte. Solo in uno dei casi di cancro così trattati si ebbe un qualche vantaggio: era veramente — a dire dell'A. — un carcinoma papillare o un papilloma con degenerazione carcinomatosa delle efflorescenze neoplastiche, mentre il peduncolo rimaneva benigno. I polipi e l'emangioma guarirono definitivamente.

In 2 casi di carcinoma inoperabile all'elettrocoagulazione fu aggiunta l'applicazione di radio per via uretrale; i risultati furono nulli.

La cistotomia fu eseguita in 10 casi; in 2 casi si dovette eseguire d'urgenza perchè la vescica si era riempita di coaguli. In ambedue i casi, avanti e dopo l'operazione, fu necessaria la trasfusione.

Nei cancri la cistotomia servì ad asportare il tumore, a folgorarlo e a trattarlo con radio. Un paziente sta bene da 5 anni e mezzo. Il metodo razionale sembra all'A. che sia la distruzione del tumore con folgorazione attraverso cistotomia, seguita dall'impianto di radio per 18-24 ore, preceduta e seguita da un trattamento intensivo con raggi X. Resta inteso però che vengono presi in considerazione *solo quei casi di cancro nei quali la resezione della vescica non è praticabile.*

L'impianto, attraverso la massa neoplastica, di aghi contenenti piccole quantità (milligrammi 12,5) di radio in luogo della distruzione con folgorazione e applicazione di grandi quantità di radio (mmgr. 50-100) è stata impiegata da così poco tempo che non è possibile per ora dire quale metodo dia risultati migliori.

In pochi casi è stata eseguita la resezione

della vescica con o senza trapianto degli ureteri. La mortalità è stata di circa 50 %. Essa certo è alta, però rappresenta il prezzo di un sistema di cura il quale ha finora le maggiori probabilità di essere perfetto.

Quanto ai risultati della cistotomia soprapubica combinata con applicazioni di radio e di raggi X nulla è da dire di favorevole se non che essa rappresenta un tentativo di lotta contro una malattia fatale.

EGIDI.

RADIOLOGIA.

Lo " stomaco nervoso ,, nel radiogramma.

(ALBU. *Berlin Klin. Wochenschrift*, anno LVII, n. 1).

Mentre l'analisi clinica permette una diagnosi delle affezioni nervose dello stomaco spesso soltanto per esclusione, i raggi Roentgen riescono a dimostrarne la loro esistenza di frequente *ad oculos*, dissipando così in casi dubbi anche le previsioni più funeste.

Già nell'individuo sano posizione, grandezza e forma dello stomaco, la conformazione del tratto pilorico, il modo di vuotarsi e le numerose peculiarità anatomiche e fisiologiche, presentano delle molteplici variazioni, cosicchè le variazioni individuali sono più frequenti della regola stessa. Coll'aumentare delle esperienze e facendosi più frequenti le possibilità di paragone, s'imparò a distinguere le alterazioni patologiche dalle accidentali, le permanenti dalle temporanee, le importanti da quelle trascurabili, elevando ogni sintomo alla sua giusta dignità patognomonica, progresso diagnostico non mai abbastanza apprezzabile per la diminuzione di molte laparotomie probatorie inutili.

Le difficoltà non stanno nell'eseguire dei buoni radiogrammi, ma anche nella loro esatta interpretazione. L'immagine radiologica non è che un sintomo oggettivo; la sua valutazione diagnostica è compito del clinico. Le caratteristiche radiologiche dello « stomaco nervoso » sono quasi esclusivamente fenomeni di contrazione della parete gastrica, che spesso dànno origine a delle immagini somigliantissime alle alterazioni organiche, differenziate solo dal loro modo d'insorgere e di evoluzione sia di luogo che di tempo. Esse si possono constatare con più facilità con una radioscopia accurata, anzichè nel radiogramma, che non può dare alcuna spiegazione nè sulla loro durata, nè sul decorso.

Questi fenomeni sono dovuti ad aumento di peristalsi, ipermotilità, ipertonia e contrazioni spastiche della parete gastrica, più spesso localizzati a singole regioni, specie agli istmi fisiologici, piloro ed antro pilorico. Si chiamano contrazioni regionali se a sede costante, circoscritte se a sede variabile, raramente sono generalizzate a tutto l'organo. La caratteristica maggiore di queste contrazioni sta nella loro mutevole fugacità in cui l'unico di costante è la loro incostanza.

Albu espone ora, basandosi sulle sue lunghe esperienze, un quadro sintetico dei differenti sintomi nervosi, i quali si presentano nelle più svariate combinazioni.

Patognostico per lo stomaco nervoso sarebbe:

1° Lo spostamento globale dello stomaco fino a 2-4 dita sopra l'ombelico, pur rimanendo conservata la sua tipica forma ad uncino, in cui il piloro si trova almeno ad un terzo dell'altezza totale dello stomaco; questa forma sta in contrapposizione netta collo stomaco spostato in basso (dilatazione ed allungamento per paresi della parete gastrica) dei nevrastenici. Talvolta in seguito all'ipertonia e allo spasmo lo stomaco assume una forma che sta in mezzo tra la normale e quella a corno.

2° Collo spostamento in atto va generalmente congiunta pure una deviazione verso destra, che interessa specie la parte pilorica dello stomaco, il quale acquista così una direzione fortemente inclinata da sinistra a destra. Questo spostamento si distingue da quello consecutivo a imbrigliamento per la mobilità e spostabilità in tutte le direzioni, bene conservate.

3° Non di rado si può constatare un apprezzabile rimpicciolimento, dovuto a gastrospasmo generalizzato.

4° In qualche caso si osserva una delineazione a sfera o a pera o a becco d'uccello, di modo che sembra far difetto la parte pilorica. I contorni sono peraltro netti e privi di ombre lacunari. Non è rara però la forma a chiocciola, a base puramente spastica, simile a quella descritta nell'ulcera, consecutiva a raggrinzamento della curvatura minore.

5° Molto spesso si trova una peculiarità di peristalsi quale espressione d'uno stato irritativo della parete gastrica e non rilevabile in altre affezioni: *a*) insorgere improvviso e rapido della peristalsi che dal cardia si trasmette celermente al piloro subito dopo l'ingestione della pappa; *b*) contrazioni profonde, quasi orizzontali della parete gastrica, a vertice molto rigido, che arrivano fino a metà del lume e talvolta lo attraversano completamente; *c*) rapida scomparsa di questi profondi rientramenti peristaltici; *d*) ricomparsa quasi subitanea della contrazione in un punto distante pochi cm., in modo da dare allo stomaco una forma

di cavaturaccioli; *e)* strozzamento temporaneo totale o quasi di vaste parti dello stomaco, tanto nel corpo che nell'antro pilorico, di breve durata, con simulazione di ombre lacunari.

6° Il vuotamento oltremodo rapido dell'intero contenuto dello stomaco entro 1/2-1 ora, in modo da simulare un'insufficienza pilorica, caratteristica per lo scirro. La configurazione netta della curvatura ed il contemporaneo riscontro delle contrazioni sopra menzionate aiuteranno notevolmente nella diagnosi differenziale.

7° L'irregolarità nello svolgersi dei movimenti peristaltici, da interpretarsi come turbe di coordinazione; il susseguirsi cioè di onde grandi e piccole, profonde e superficiali ad intervalli irregolari; va annoverata qui pure la seghettatura minuta della grande curvatura, da taluni considerata caratteristica per l'ulcera.

Una costanza di questi fenomeni di contrazione si osserva soltanto nel gastrospasmo totale dei nevrastenici, più frequente di quanto generalmente si ammetta. Di natura riflessa, si trova di solito nelle affezioni della cistifellea o d'altro organo intraaddominale (ad es. dell'utero). Talvolta si può constatare la persistenza della stessa contrazione ancora dopo alcuni giorni. La caratteristica dello « stomaco nervoso » viene dunque data dal giuoco incostante, irregolare e bizzarro delle onde peristaltiche, che si fanno più profonde e nitide, quanto più ci si avvicina al piloro, distinguendosi in ciò nettamente dal reperto rilevabile nell'ulcera.

La differenziazione dei fenomeni puramente nervosi da quelli dovuti ad un substrato organico, è tutt'ora uno dei problemi più difficili della radiologia, più accessibile spesso all'analisi clinica con tutte le sue risorse, che al radiologo, che spesso si trova nella dura necessità di dover distinguere l'ulcera semplice da fenomeni soltanto irritativi dello stomaco.

Altrettanto difficile è la diagnosi radiologica esatta dell'ulcera duodenale, fatta in questi ultimi tempi più spesso di quanto possa corrispondere alla realtà e resa più difficoltosa dai quasi costanti sintomi secondari nevrastenici che l'accompagnano e non differenziabili da quelli dell'ulcera.

Tutti i caratteri radiologici dell'ulcera finora noti non sono che, eccezione fatta per l'incisura ed il diverticolo, dei fatti irritativi secondarî, la cui causa meccanica o riflessa si trova in un *locus minoris resistentiae* sia al piloro che nel duodeno, o in una stimolazione consecutiva ad ipereccitabilità del sistema nervoso totale e dello stomaco in particolare.

È giustificata perciò la denominazione di « nevrosi eccitatoria », data da E. Schlesinger all'ipertonia gastrica nell'ulcera duodenale, sebbene non sia specifica di quest'ultima, ma constatabile pure nell'ulcera gastrica qualunque ne sia la localizzazione e negli stati nevrastenici.

Così il sintoma di Faulhaber: profonda incisura della grande curvatura in corrispondenza d'un'ulcera alla piccola curvatura, e la peristalsi vivace, accompagnata da residuo dopo 6 ore, così l'ipertonia muscolare e il piloro-spasmo dell'ulcera pilorica e prepilorica non sono altro che sintomi irritativi, conseguenza e non causa dell'ulcera, come la vogliono O. Bergmann e la sua scuola; sono dovuti in ultima analisi a stimolazione delle terminazioni sensibili del vago, nel fondo esulcerato.

La distinzione abituale in nevrosi gastriche motorie, secretorie e sensorie, non basta ad esaurire tutte le molteplici varietà prodotte dalla nevrastenia nel tratto gastro-intestinale, le quali si alternano in modo proteiforme, combinandosi spesso fatti di paresi ed ipotonia con fenomeni di ipereccitabilità che attraverso a ipermotilità ed ipertonia possono giungere fino allo stato spasmodico permanente. In queste oscillazioni del tono muscolare prevalgono però sempre i fenomeni spastici, i quali raggiungono il loro massimo sviluppo nelle cosiddette onde quiescenti, il cui esempio più marcato è fornito dallo stomaco spastico, che già da de Quervain e Stierlin fu riconosciuto non patognomonico dell'ulcera penetrante.

I fenomeni spastici in uno stomaco con alterazioni organiche non sono dunque dovuti al substrato anatomico ma ad un'ipereccitabilità, che può esser anche interpretata come una disposizione individuale alla spasmofilia, la cui espressione massima è lo spasmo dei muscoli volontari ed involontari nella tetania. Con ciò si spiega facilmente il fatto perchè i fenomeni spastici sopra descritti si trovano solo in una parte degli affetti da ulcera, mentre d'altro canto vengono riscontrate pure nelle altre affezioni dello stomaco e di qualunque organo intraaddominale.

Le caratteristiche date da E. Weiss per lo stomaco vagotonico si coprono completamente con quelle dello « stomaco nervoso », qualunque ne sia la causa; fissare radiologicamente il concetto della vagotonia è un'impresa altrettanto fantastica, quanto inesatta l'identificazione del nevrastenico col vagotonico. Se pure è lecito parlare d'una costituzione vagotonica, questa non può mai esser resa responsabile di ipertonia e spasmi quale causa prima o concomitante di ulcerazioni gastriche. Ulcera e

spasmi non hanno una comune origine neurogena, ma sono un incontro fortuito di due entità morbose nettamente distinte, di cui una può far insorgere l'altra in individui a ciò predisposti.

Quantunque in pratica sia giustificato o meglio imposto di ricercare un substrato anatomico a ogni sintomo apparentemente nervoso, bisogna pure tenere sempre presente che esistono dei numerosi disturbi funzionali primari che dànno dei caratteristici sintomi morbosi oggettivi, constatabili pure a mezzo della radioscopia.

m. p.

CENNI BIBLIOGRAFICI

LUSTIG ALESSANDRO e ILVENTO ARCANGELO. *Igiene della Scuola.* III edizione riveduta ed aumentata. Un vol. in-8 di pag. 486, con 78 figure originali. — F. Vallardi, editore, Milano. Prezzo, L. 40.

Il fatto che un trattato di igiene scolastica abbia raggiunto la terza edizione dimostra sia i pregi intrinseci del libro stesso, sia l'interesse che il ceto dei medici e degli insegnanti prende a questioni di tal fatta e dà quindi bene a sperare per l'avvenire della scuola e del benessere dei giovani e della nazione.

Dopo due buoni capitoli sull'edifizio scolastico e sull'arredamento delle aule, ne seguono altri riguardanti l'anatomia, la fisiologia, lo sviluppo del fanciullo. Vengono poi considerati, nei particolari riguardanti l'igiene, il lavoro scolastico, i programmi, gli orari, i riposi, tutte questioni da cui troppo spesso l'igienista viene tenuto in disparte. Larga trattazione hanno altresì le malattie contagiose o non degli scolari ed insegnanti, le funzioni del medico scolastico, ecc.

Al prof. Ilvento è stata affidata la legislazione e l'assistenza sanitaria, di cui la conoscenza diviene ogni giorno più importante; argomento che egli ha svolto con piena conoscenza di causa.

Il libro sarebbe destinato agli insegnanti delle scuole primarie, secondarie, normali, di pedagogia, ma è altresì molto adatto per gli ufficiali sanitari ed i medici a funzioni scolastiche: la copia delle nozioni ordinatamente riunite e la serena obbiettività con cui vengono trattati gli argomenti, le notevoli aggiunte fatte assicurano anche a questa edizione, aggiornata, il successo.

fil.

LEMOINE G. H. et RATHERY F.: *Hygiène et Régimes.* 28° volume del Traité de Pathologie de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. — A. Maloine et Fils, editori, Paris, 1921. — Prezzo Fr. 28.

Noi non abbiamo l'abitudine di trovare nei trattati di patologia medica un volume dedicato all'igiene e ai regimi in generale. Le nozioni di igiene e sull'alimentazione del sano e del malato sono raccolti o in particolari volumi di opere di igiene pura o diluite e disperse nei vari trattati di patologia nei paragrafi dedicati alla cura di ciascuna malattia. Il moderno trattato di Sergent, R. Dumas e Babonneix si distacca anche in questo dalla tradizione. Lemoine per la parte igienica traduce in atto lo intendimento, limitando l'igiene a quella che da ogni medico deve essere esattamente conosciuta, alla terapia profilattica: prevenire la malattia, sopprimere il malato contagioso. Nel capitolo aria e luce solare l'A. ha principalmente di mira l'igiene dell'abitazione, si occupa poi dell'igiene dell'acqua, dello smaltimento delle materie di rifiuto, dell'igiene degli alimenti vegetali ed animali. Chiude con la profilassi delle malattie contagiose e con un capitolo nel quale trova posto la legislazione della denunzia obbligatoria, l'isolamento e la disinfezione, la vaccinazione. Un ultimo non meno opportuno capitolo è dedicato all'ospedalizzazione dei malati, argomento di cui nessuno, e tanto meno il medico pratico, può in questo momento disinteressarsi.

Il compito di Rathery è difficile ed urta contro la grave difficoltà di dovere fornire norme generali alimentari, quelle norme cioè di terapia che in particolar modo risentono dell'aforisma: non vi sono malattie da curare, ma malati. Rathery però con mano maestra sa scegliere nella trattazione della alimentazione del soggetto sano e in quella del soggetto malato quelle norme che sono il prodotto più accertato della moderna ricerca clinica e sperimentale, e con vero discernimento offre norme direttive alimentari nei vari gruppi di malattie dalle infettive alle malattie del ricambio, nelle quali la dieta è si può dire tutta la risorsa terapeutica del medico.

Così concepito il volume e svolta la materia noi pensiamo che l'innovazione è felice e che in questo libro molti dei nostri medici pratici troveranno raccolto quanto invano cercherebbero in opere voluminose. La limitazione della materia trattata toglie ogni pretesa enciclopedica e conserva al libro il carattere di libro utile per il medico moderno e per il medico pratico.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

VI Congresso Medico Siciliano.

(*Palermo, 23-26 aprile* 1921).

Il Congresso venne inaugurato l'antimeriggio del 23 aprile, nel vasto ed elegante salone del teatro Utveggio, presenti il Sottosegretario di Stato principe di Scordia per il Governo, il sindaco principe di Scalea, il prefetto comm. Metzinger, l'ex-presidente del Consiglio on. Orlando, gli onorevoli Cirincione, Drago, Di Salvo, il sen. Di Trabia, il rettore dell'Università prof. Spallitta, il preside della Facoltà medica prof. Lazzaro, il medico provinciale cav. Paladino, il col. med. professor Gualdi per la Sanità Militare, molte altre spiccate personalità e quasi 400 medici dell'Isola, della Calabria e della Lucania.

Il sindaco DI SCALEA dette il benvenuto della città.

L'on. DI SCORDIA recò il saluto del Governo, e dopo aver esaltata l'opera benefica assolta dal Corpo medico in guerra ed in pace, dichiarò aperto il Congresso.

Prese poi la parola il prof. GIUFFRÈ, presidente del Comitato esecutivo, direttore della Clinica medica di Palermo. Dimostrata l'utilità di questi convegni, egli rilevò l'importanza dello studio della patologia regionale, accennando alle epatopatie, a speciali forme delle infezioni tifoidee, alla leishmaniosi; richiamò l'attenzione sugli agenti terapeutici fisici naturali di cui dispone la Sicilia: stazioni climatiche impareggiabili, stazioni termali celebrate fin dall'antichità classica, Imera, Segeste, Selinunte; a valorizzare questi tesori naturali, i medici possono potentemente contribuire; intanto preannunziò la costituzione, in seno al Congresso, di una Sezione Siciliana della Società Nazionale d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica. Pose a riscontro, infine, la missione umanitaria del medico con le sue condizioni materiali e morali; raccomandò di evitare l'avvilente mercantilismo ma anche di tutelare tenacemente i legittimi interessi della classe.

Il prof. GUALDI, direttore di Sanità del X Corpo d'Armata, assicura la solidarietà dei medici militari con quelli civili, per il progresso della scienza, per la difesa della dignità professionale, per la grandezza del nostro Paese.

L'on. ORLANDO, reiteratamente invitato, pronunzia uno smagliante discorso, rilevando i legami tra medicina e politica; si ferma in specie sulla lotta antitubercolare. Parlano inoltre il preside della Facoltà, prof. LAZZARO, anche in nome del rettore, il congressista dott. BURRUANO per i convenuti ed il segretario generale prof. BENTIVEGNA, che riferisce sui lavori preparatorii e sui risultati raggiunti: 380 congressisti intervenuti, 450 adesioni, 203 temi scientifici e professionali inscritti.

***

Nel pomeriggio si iniziarono i lavori, durati attivi per molte sedute, divisi in tre sezioni: medica, chirurgica e professionale. Angustie di spazio ci vietano, purtroppo, di darne un resoconto ampio, come l'importanza assunta dal Congresso meriterebbe; ci limitiamo ad una sommaria notizia sui tre temi ufficiali trattati nelle sezioni.

Leishmaniosi interna. — Il prof. S. CANNATA, direttore della Clinica pediatrica di Messina, traccia la storia della malattia in Europa, dalla prima osservazione di Cardarelli su di una «pseudoleucemia splenica infettiva» nell'età infantile, dai rilievi di Cantani *sen.*, Somma, Fede, Mya, Gianturco, Jemma, Concetti, Petrone, Henoch, Marfan, ecc., alla scoperta del Pianese, che identificò, in questa forma morbosa, il parassita descritto nel 1903 da Leishman, ed agli studi ulteriori. Descrive minutamente i sintomi: febbre ad inizio e decorso varî per tipo ed intensità, disturbi gastro-intestinali, tumore di milza, anemia aplastica, cachessia, sintomi collaterali (dalle emorragie cutanee superficiali agli edemi discrasici e alle polimicroadeniti), complicanze (dalle ematemesi alle pleuriti purulente, alle pielocistiti e pielonefriti, ecc.); ricorda la resistenza alla chinina. Per accertare la diagnosi, è da preferire la puntura splenica; negli emofiliaci è consigliabile la puntura del midollo osseo (con un grosso ago, inserito nella linea dia-epifisaria della tibia; aspirare poche gocce); se esistono ingrossamenti glandolari, si può ricercare il parassita nei gangli ingrossati; quando non è possibile ricorrere a questi mezzi, si esamini il sangue; sconsigliabile è la puntura del fegato. Si hanno casi di guarigione spontanea, nelle forme croniche, ossia che durano oltre un anno (Jemma); la prognosi è stata rischiarata dall'introduzione della terapia antimoniale.

Il prof. G. DI CRISTINA, direttore della Clinica pediatrica di Palermo, correlatore, riferisce sulla terapia. Dopo aver rievocato vari tentativi di immunoterapia e di chemoterapia, si ferma sull'uso del tartaro stibiato, introdotto dall'A. e da Cannata, nella scuola di Jemma, a Palermo, nel 1913, utilizzando le osservazioni di Vianna sulla terapia della leishmaniosi esterna al Brasile; descrive la tecnica delle iniezioni endovenose, precisa la dosologia, stabilisce le controindicazioni, espone il farmacodinamismo dell'antimonio, tratta dei parassiti antimonio-resistenti, fa valere i risultati.

Prende la parola il prof. FELETTI, che si compiace di questa grande conquista della medicina italiana.

Tubercolosi chirurgica. — Il prof. E. TRICOMI, direttore della Clinica chirurgica di Palermo, fa una rapida rassegna delle localizzazioni chirurgiche della tubercolosi: cutanea, del sistema linfatico, dell'apparato locomotore, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, degli organi uro-genitali. Poi si ferma sulla cura, in particolare sull'elioterapia, che occupa oggi il primo posto tra gli agenti curativi della tubercolosi chirurgica e per la quale si presta benissimo la Sicilia — la terra del sole; ne precisa la tecnica, importantissima per assicurare i risultati. L'elioterapia viene coadiuvata efficacemente dalla talasso-terapia, che da tempo ha suggerito gli ospi-

zi marini e le colonie marine, oggi in continuo incremento. Parla anche delle cure di riposo, e ricorda in proposito che l'immobilizzazione è indispensabile nelle forme articolari. Accenna alle cure generali ed al metodo Durante. Tratta infine dell'utilità dei dispensari. Quanto agli interventi chirurgici, un tempo così frequenti, divengono sempre più limitati, malgrado persista il nome di «tubercolosi chirurgiche».

Sulla magistrale relazione interloquiscono Giuffrè, La Mendola, Calandra, Vadalà, Di Leo, Arnone, Durruano, Spataro, Lodato, Arcoleo; risponde il relatore.

Le nuove direttive delle organizzazioni mediche. — Il prof. Bentivegna, relatore, dimostra come la guerra abbia aggravato il problema del decadimento morale ed economico della classe. Crede che i medici non abbiano saputo imporre alla pubblica opinione ed ai poteri dello Stato il valore della loro funzione sociale. Vorrebbe che i Consigli degli Ordini si trasformassero in organi più fattivi, cui farebbero capo le varie categorie di medici.

Il dott. F. Salpietra, correlatore, deplora la pletora professionale, imputabile al difettoso ordinamento degli studi e al decadimento delle Facoltà mediche, di cui converrebbe ridurre il numero ed accrescere l'efficienza; prospetta le tristi condizioni della classe; si dichiara contrario ai sindacati; vorrebbe, invece, riformati e rafforzati gli Ordini, che potranno combattere e vincere le battaglie della classe.

Dopo discussione, si approva analogo ordine del giorno.

Si riunirono a parte le categorie dei *medici condotti*, degli *ufficiali sanitari* e dei *medici ferroviari* ausiliari, che adottarono deliberazioni e approvarono ordini del giorno.

Per la lotta antimalarica in Sicilia. — In seguito ad una conferenza del prof. Dionisi sulle endemie malariche durante la guerra e ad una proposta del dott. Salpietra, il Congresso deliberò di fondare una «Società Siciliana per la lotta antimalarica» e nominò una Commissione per redigerne lo Statuto e procedere all'organizzazione della nuova associazione.

Una proposta del prof. Dionisi, diretta a costituire degli «Uffici tecnici antimalarici» annessi a quelli dei medici provinciali, dette origine ad un appassionato dibattito; il Congresso, per coordinare le varie tendenze manifestatesi, nominò una Commissione col compito di redigere un ordine del giorno nel quale siano contenute le proposte del Dionisi.

Per valorizzare le risorse idro-climatiche della Sicilia. — Venne costituita una Sezione Siciliana della Società Italiana di Idrologia e Climatologia; ne furono acclamati presidente il prof. Giuffrè, vice-presidente il prof. Maurizio Ascoli, membri i proff. Piazza-Martini, Mirto, Calandra, Pietro Valenza e Venezia, segretario il dott. Allegra.

Il prof. G. Parlavecchio pronunziò una interessantissima conferenza sul tema: «*Diagnosi e cura delle affezioni gastro-enteriche e nervose prodotte da ptosi viscerali*», svolgendo concetti nuovi.

Il prof. Giuffrè tenne una smagliante conferenza su «*Dante e la medicina*»; vi assistette un pubblico imponente di signore, professori, uomini politici, medici e studenti; segnalati il sottosegretario alla guerra, l'on. Orlando, varî deputati e senatori.

Moltissime furono le *comunicazioni* presentate al Congresso: il semplice elenco dei disserenti riuscirebbe lunghissimo; ci limitiamo a segnalare quelle dei proff. Cirincione, Philippson, Feletti, Vinci, Piazza-Martini, Ciulla, Calandra, Titone, Cosentino, De Meo, Cinquemani, Maggiore-Amari, ecc.

A Sezioni riunite, sotto la presidenza del professor Gangitano, vennero esauriti i temi d'interesse professionale. In relazione a precedenti deliberati, fu approvato un ordine del giorno per l'istituzione di un Ministero di Sanità.

In nome dei congressisti, il dott. Micheli ringraziò il Comitato organizzatore; rispose il professor Giuffrè, dicendosi lieto del successo.

Su proposta del prof. Parlavecchio, si delibera di nominare, per i futuri congressi, un Comitato organizzatore permanente, presieduto dal professor Giuffrè; ne faranno parte i presidi delle tre Facoltà e i presidenti degli Ordini dell'Isola.

Su proposta del dott. Salpietra, si delibera che il prossimo Congresso si adunerà a Girgenti.

Durante il Congresso ebbero luogo varî trattenimenti. Si tenne un banchetto sociale all'*Hôtel Excelsior*: vi furono pronunziati molti brindisi. In onore dei Congressisti furono offerti ricevimenti sontuosi dal Municipio al Palazzo del Comune e dal Comitato ordinatore all'Orto Botanico ed un tè in casa del presidente del Congresso, prof. Giuffrè.

R. B.

Il fascicolo 6° (1° giugno 1921) della nostra **SEZIONE MEDICA** contiene i seguenti lavori:

Il fascicolo 6° (15 giugno 1921) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA** contiene:

NB. — Gli associati alla sola Sezione Pratica che desiderano avere questi importanti numeri mandino per ciascuno cartolina-vaglia di L. 4.30 e li riceveranno subito in piego franco e raccomandato.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E DIAGNOSTICA.

L'anca dolorosa dei vecchi.

Riconosce come causa (al pari di quasi tutti i casi di artrite deformante) uno stato di tossiemia cronica, di cui il focolaio trovasi nel 75 % nelle gengive: più che il semplice esame da parte del dentista è necessario prendere radiografie, che metteranno in evidenza periodontiti, rarefazione, assorbimento dell'osso. Nel rimanente 25 %, trattasi, o di malattia intestinale, o di forme infettive da streptococchi, da *B. coli*, di focolai purulenti nelle tonsille, nell'orecchio medio, nella cistifellea. Spesso sono necessarie ricerche lunghe e pazienti per scoprire il focolaio.

La causa determinante va ricercata, frequentemente in un colpo ricevuto, una caduta, od altra causa traumatica, fra cui anche talvolta una maggiore brevità dell'arto.

Sintomi. — L'individuo avverte sul principio una certa rigidità ed un certo dolore all'articolazione dell'anca, dopo un lavoro prolungato od una fatica eccessiva. Il dolore è accusato anche alla regione degli adduttori della coscia, nonchè nell'area innervata dal nervo otturatorio. Ne segue lo spasmo degli adduttori, con diminuzione dell'abduzione passiva. Più tardi diminuisce anche il movimento di rotazione, vengono limitate la flessione, l'iperestensione e la circumduzione fino alla totale perdita di mobilità nei casi gravi. Si può avere anche dolore nel territorio dello sciatico, talvolta *coxa vara* e quasi sempre inspessimento della parte superiore del femore ed accorciamento dell'arto.

Nel *trattamento* (A. H. Tabby, *Practitioner*, 1920, pag. 325) bisogna anzitutto curare la tossiemia, neutralizzare gli effetti dell'irritazione cronica dell'articolazione, e gli eventuali effetti statici di un arto accorciato (aggiunta di una suola di sughero). Bisogna poi diminuire la pressione endoarticolare e mettere in opera le cure ausiliarie, come contro-irritazione, massaggio, jonizzazione, elettricità di ogni sorta.

Quando il cammino è doloroso, si farà tenere il letto per 4-6 settimane, applicando l'estensione a pesi. Il paziente si alzerà quando sia cessato il dolore all'adduzione e sia aumentata la flessione. Quando il paziente si alza, gli si farà portare un apparecchio ortopedico che consiste essenzialmente di una cintura pelvica e di due stecche laterali, le quali impediscono la flessione del ginocchio durante il cammino.

La neutralizzazione della pressione endoarticolare si ottiene con la gruccia ischiatica, tenendo la parte dell'apparecchio corrispondente all'arto, 1/2 pollice (cm. 1.25) più lunga che l'arto stesso. Il paziente viene così a camminare con le teste dei metatarsi nella scarpa, mentre la cute del calcagno si trova più in alto che il cuoio del calcagno della scarpa per 1/2 pollice. L'arto diviene così un pendolo che pende dall'anca sulla quale agisce con pressione diminuita.

fil.

Il reumatismo tubercolare.

La conoscenza di questa malattia è principalmente dovuta, secondo L. Findlay (*Glasgow med. Journ.*, 1920, p. 241) a Poncet e Leriche. Essa può essere primaria o secondaria, secondo che le manifestazioni artritiche precedono o seguono lo sviluppo apparente della tubercolosi viscerale. Secondo Poncet, la varietà secondaria è abbastanza frequente (10 % di tutti i casi), affermazione contraddetta dall'A., che cita statistiche, secondo le quali, non si sarebbe osservata nemmeno una volta, sopra 6000 casi di tubercolosi polmonare. La sua sintomatologia non differisce da quella della varietà primaria: solo che l'associazione con le lesioni tubercolari non lascia dubbî sulla sua natura.

La varietà primaria è rara; essa può simulare la febbre reumatica ordinaria in modo tale che per un certo tempo, la sua vera natura è misconosciuta.

I dolori possono essere vaganti da un'articolazione ad un'altra; vi può essere febbre leggera, sequele di pericardite: talvolta i salicilati possono anche dare qualche vantaggio. Tutto ciò concorre ad accrescere la confusione con la vera forma reumatica; solo che, con una certa frequenza, si sviluppa in seguito una tubercolosi viscerale, che chiarisce la diagnosi.

fil.

Diagnosi della tubercolosi ossea ed articolare.

La diagnosi della tubercolosi ossea e articolare (H. Spitzy, *Med. Klinik*, n. 1, 1921) è spesso difficile oltre che negli stadi iniziali, anche in quelli avanzati dell'affezione. La reazione dell'osso o dell'articolazione può difatti essere identica di fronte ai germi più diversi (b. tubercolare, piogeni, gonococco, spirocheta, ecc.), di fronte ad influenze traumatiche e di fronte a stimoli costituzionali (p. es. accrescimento). La diagnosi richiede allora una esatta conoscenza delle alterazioni anatomo-patologiche e dei processi biologici che si sviluppano durante la lotta tra l'agente dannoso e l'organismo. L'A. riferisce alcuni casi di artriti dell'anca da piogeni.

L'aspetto clinico era quello della coxite tbc. con ascesso freddo gluteo. La puntura dell'ascesso ne rivelò la natura e l'incisione di esso fu seguita da rapida guarigione dell'affezione articolare. Riferisce inoltre un caso di artrite sifilitica del ginocchio curata inutilmente per molti mesi come forma tubercolare, guarita rapidamente in seguito alla cura specifica. Raccomanda a scopo diagnostico le seguenti ricerche:

1° Anamnesi accurata e ricerche cliniche. Malattie precedenti, ereditarietà, anomalie congenite (lussazioni dell'anca), traumi, cause professionali, ecc.

L'osservazione esatta della limitazione dei movimenti, del grado e dello sviluppo di essa deve far riconoscere se si tratta di processi artritici non tubercolari; così p. es. farà riconoscere «l'arthritis sud. deformans» nella quale, al contrario della coxite, i movimenti di flessione dell'anca rimangono liberi per lungo tempo.

2° Esame röntgenologico.

Si potranno distinguere le alterazioni tubercolari da quelle dell'artrite deformante, da quelle epifisarie in seguito a rachitismo, da quelle residuate da processi piemici.

3° Ricerche sierologiche: *a*) per la tubercolosi; *b*) reazione di Wassermann.

4° Ricerche biologiche: puntura esplorativa od escissione di un frammento di tessuto. Esame microscopico e culturale rispettivamente anatomo-patologico; iniezione od innesto negli animali.

POLLITZER.

TERAPIA.

Il trattamento dell'insonnia.

L'insonnia ha cause molto svariate: trattasi talvolta di intossicazione (febbre tubercolare, dispepsia, costipazione, disturbi epatici o cardio-renali) oppure di neuropatia; in qualche caso diversi elementi entrano in giuoco e rendono più malagevole la cura.

P. Gallot e Ch. Coabard (*Journal des Praticiens*, 26 marzo 1921) prendono in esame alcuni di tali tipi d'insonnia:

1. *Tubercolotici.* — La causa è da ricercarsi nella febbre, talvolta affatto lieve, manifestantesi in piccoli accessi notturni; il sonno è cattivo con incubi, l'ammalato finisce per svegliarsi madido di sudore e non si riaddormenta più. L'indicazione terapeutica è di sopprimere o almeno spostare l'accesso notturno; si eviteranno anzitutto le occupazioni (passeggiata) che possono provocare un rialzo di temperatura, si regolarizzeranno le digestioni e si somministrerà un antitermico (criogenina, chinino, canforato di piramidone) in piccole dosi di 20-40 cg. con un poco di veronal ogni due-tre sere. È importante che l'antitermico venga preso *prima che si inizi l'accesso*, e se ne continui la somministrazione fino a che la temperatura si sia stabilizzata.

2. *Costipati.* — Questo genere d'insonnia è soprattutto frequente nelle donne. Bisognerà in tali casi regolarizzare l'igiene dell'intestino: sopprimere anzitutto i lassativi chimici (senna, podosillina, calomelano, ecc.) ricorrendo alla cura d'aranci, di uva, di legumi verdi, di semi di lino, di agar-agar. Di tanto in tanto un cucchiaio d'olio di ricino: assai utile il solfato di sodio (2-5 g.) al mattino a digiuno in un bicchiere d'acqua tiepida, con cui si ottengono notevoli effetti aperitivi ed antitossici.

3. *Grande insonnia nervosa.* — Colpisce individui che hanno subito violente scosse morali, o quelli che in conseguenza di intenso *surménage* intellettuale o mondano sono arrivati a perdere il senso della successione normale del giorno e della notte. Tali soggetti fanno un largo consumo di ipnotici, hanno di solito inappetenza e costipazione. Essi vanno dapprima sottoposti ad una cura disintossicante: riposo in letto in assoluta calma, regime alimentare di latte, brodo di legumi, acque alcaline; si concederà loro l'ipnotico abituale a dosi strettamente sufficienti, accompagnato da bromuri o valerianati. Dopo una settimana circa si farà *l'allenamento al sonno* mediante l'idroterapia (docce tiepide a getto spezzato, semicupi con affusioni tiepide sulla nuca) e l'uso alternato di due o tre ipnotici (veronal, trional, ecc.) a dosi progressivamente decrescenti. Si concederà poi una dieta più ricca, sorvegliando l'intestino ed esigendo un riposo completo. Ristabilito il sonno, si tonificherà il sistema nervoso, utilizzando l'arsenico, i fosfati, l'elioterapia e consigliando una vita più regolare ed igienica.

fil.

La cura del singhiozzo.

Contro il singhiozzo, disponiamo (Martinet: *La Presse médicale*, n. 92, 1920) di un certo numero di mezzi d'azione:

a) Piccoli mezzi empirici che in ultima analisi tendono ad esercitare un'azione eccito-inibitoria sul frenico:

1° Sospensione del respiro pel maggior tempo possibile, per esempio, contando e cercando di raggiungere il numero più elevato, ovvero cercando di recitare tutto d'un fiato un brano qualsiasi;

2° Applicazioni molto fredde o molto calde o di revulsivi senapizzati sull'epigastrio;

3° Eseguire una serie — 45, 50 al minuto — di atti respiratorii profondi e rapidi;

4° Assorbire, a piccole dosi, acqua molto calda o molto fredda, o gassosa, praticando dopo ciascuna ingestione un'inspirazione lenta e profonda;

5° Trazione prolungata e forte con le dita o con la pinza, della lingua al di fuori della bocca;

6° Compressione digitale energica del tronco del frenico dietro l'articolazione sterno-clavicolare;

7° Galvanizzazione del frenico: polo positivo al collo, polo negativo sulle inserzioni diaframmatiche;

8° Compressione oculare.

b) I mezzi medicamentosi tendono tutti ad anestetizzare la mucosa gastrica, ordinario punto di partenza dell'eccitazione del riflesso del singhiozzo, ovvero ad agire sugli stessi centri nervosi ed a rompere l'arco riflesso nel suo stesso centro. Perciò ritroviamo gli abituali agenti:

1° Acqua cloroformica, cocaina, mentolo (analgesici locali);

2° Oppio-morfina; belladonna; atropina; *cannabis indica* (analgesici locali e depressori centrali);

3° Cloralio, bromuri, valeriana (depressori centrali).

MONTELEONE.

Il bromidrato di cicutina nel trattamento delle mioclonie, specie di quelle consecutive all'encefalite letargica.

Fra le sostanze capaci di esercitare una azione di freno sulla placca motrice terminale dei nervi, primeggiano il curaro ed il bromidrato di cicutina. Pierre Marie e H. Bouttier nella seduta del 25 febbraio 1921 della Société Médicale des Hôpitaux de Paris (S. 7 di *Bulletins et Mémoires*) comunicarono i risultati da essi ottenuti applicando il bromidrato di cicutina nella cura delle mioclonie consecutive all'encefalite epidemica o di altra natura. Essi notarono una diminuzione netta degli spasmi muscolari e dei fenomeni dolorosi che li accompagnano; mentre i malati si mostravano più tranquilli e potevano meglio riposare. L'azione del medicamento persisteva in alcuni casi anche 10 giorni dopo la cessazione della somministrazione.

Non notarono però alcun effetto utile nelle contrazioni ampie e disordinate del tipo della corea ritmica valutante.

Miglioramento notevole ebbero anche in un caso di paramioclono multiplo ed in un caso di sindrome parkinsoniana post-encefalitica. Il bromidrato di cicutina venne somministrato per iniezioni alla dose di 1 milligrammo per volta sino a 3 milligrammi al giorno. Le iniezioni furono ripetute per 5 giorni, poi riprese dopo un periodo di riposo di due o tre giorni. In altri casi il bromidrato di cicutina venne somministrato a giorni alterni. La dose massima che si può raggiungere è di 10 milligrammi nelle 24 ore. Gli AA. non ebbero a notare alcun inconveniente dall'uso del bromidrato di cicutina, nè in nessun caso si manifestarono sintomi di intolleranza del rimedio.

TR.

NOTE DI TECNICA.

Il metodo di Sohansky per distinguere gli essudati dai trasudati.

(B. LARSEN e K. SECHER. *Berl. Klin. Wochenschrift*, n. 13, 1921).

Sono in uso due metodi per distinguere gli essudati dai trasudati: la misurazione del peso specifico e le prove di precipitazione (Rivalta, Primavera).

Per il primo metodo è necessaria una discreta quantità del liquido patologico, quale spesso non è possibile avere; il secondo metodo dà risultati grossolani, non valutabili quantitativamente.

Il metodo di Sohansky, basato sulla titolazione, permette l'esame quantitativo anche di scarse quantità di liquidi patologici. I reagenti si preparano aggiungendo a 0.2, 0.3, 0.4 cmc., e così via, di una soluzione decinormale di Na OH, un'eguale quantità di soluzione all'1:100 di fenolftaleina e poi dell'acqua distillata fino ad ottenere complessivamente 100 cmc. A 9 cmc. del reagente così allestito si aggiunge 1 cmc. del liquido da esaminare; si mescola, osservando se il colore rosso permane oppure scompare. Eseguendo tale prova col reagente composto di 0.5 cmc. di soluzione Na OH + + 0.5 cmc. soluzione fenolftaleina + 99 cmc. acqua distillata, gli essudati scolorano la soluzione, mentre i trasudati ne lasciano inalterato il colore rosso. La quantità di soluzione di Na OH che i liquidi patologici riescono a scolorire, è molto varia: fino a 0.7 cmc. in media per gli essudati pleurici, non arriva che a 0.2 cmc. per i trasudati peritoneali. Se un essudato purulento riesce a scolorare fino a 1 cmc. è necessario l'intervento chirurgico.

Una modificazione del metodo è stata adottata da Martiri. Egli diluisce 10 cmc. del liquido patologico con 40 cmc. d'acqua, aggiunge 2 gocce di soluzione alcoolica di fenolftaleina all'1:100 e titola con alcooli decinormali. Perchè la soluzione si colori in rosso sono necessari 0.1-0.4 cmc. di soluzione decinormale Na OH se si tratta di transudati; sempre più di 0.5 cmc. se si tratta di essudati.

POLLITZER.

IGIENE.

Sulla profilassi della difterite.

L'importanza dei portatori nella diffusione della difterite non può essere misconosciuta, dovendosi ad essi attribuire numerosi casi di contagio. Possono rimanere per lungo tempo portatori alcuni convalescenti di difterite. G. H. Weaver (*Journ. Am. med. Ass.*, 26 marzo 1921) dallo studio di una serie di 500 casi di difterite, rileva che una metà circa dà colture negative dopo una settimana; tale proporzione si eleva a 71 % dopo tre settimane, a 83 % dopo quattro, al 99 % circa dopo sette settimane. In complesso si può ritenere che circa il 17 % dei difterici diventa portatore, cioè dà colture positive dopo quattro settimane. La persistenza dei bacilli è legata a condizioni patologiche, quali tonsille abnormi, di solito ipertofiche con cripte profonde e superfice ruvida: nei casi in cui i bacilli vengono trovati nel naso, si riscontrano vegetazioni adenoidi, rinite cronica, generalmente secondaria a malattie dei sensi; non infrequente è il caso che si trovino nel naso corpi estranei, rimossi i quali, scompaiono in breve tempo anche i bacilli.

Anche fra i sani si trovano non raramente dei portatori: fra il pubblico in generale 1-3%; fra gli scolari delle scuole infette 8 %: nelle infermiere di ospedali per malattie contagiose 15 %; negli ospedali, fra gli individui che sono stati a più intimo contatto con i difterici, la proporzione può elevarsi fino al 36 %.

Mentre però i bacilli che rimangono nei portatori dopo la difterite sono quasi sempre virulenti, quelli dei portatori sani lo sono soltanto nel 10-18 %: una maggior percentuale di virulenti (fino a 80 %) si trova nei portatori che sono stati in contatto con ammalati; si comprende quindi il grave pericolo che essi presentano nel disseminare la malattia.

La persistenza di bacilli difterici è legato, anche nei portatori sani, a condizioni patologiche del naso e della gola. Poco o punto effetto hanno nei portatori sia convalescenti che sani, l'uso di gargarismi, di lavacri, di siero antitossico: invece l'intervento per asportare delle vegetazioni adenoidi, delle tonsille ipertrofiche, ecc., porterà rapidamente la scomparsa dei bacilli. Le misure da prendersi nel riguardo di portatori persistenti consistono anzitutto nell'accertarsi se il germe è o non virulento: in caso positivo si ricercherà se vi sono condizioni patologiche locali ed, in caso positivo, si elimineranno.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA

Effetti delle iniezioni di chinino sui tessuti dell'uomo e degli animali.

(L. S. DUDGEON. *Journ. of the Royal army medical corps.* Tome XXXVI, n. 1, febbraio 1921).

L'A., senza intenzione di voler deprezzare il valore delle iniezioni intramuscolari di chinino, richiama l'attenzione sulle gravi lesioni che esse provocano. Egli ha studiato l'effetto locale provocato da simili iniezioni nell'uomo e in parecchie specie di animali (muli, conigli, cavie, rane) usando i sali di chinina (solfato, cloridrato) disciolti sia in soluzione fisiologica e sia in etere od olio. I tessuti erano esaminati microscopicamente e sottoposti all'analisi chimica per stabilire la rapidità dell'assorbimento.

Già *in vitro* i preparati di chinina hanno un'azione emolitica marcata, alla quale s'aggiunge quella, più potente ancora dell'acido usato per disciogliere l'alcaloide.

In vivo, le soluzioni concentrate comunemente usate nei malarici provocano una necrosi più intensa delle soluzioni diluite, ma queste ultime, per il volume che si deve raggiungere per la dose efficace, producono edema ed ugualmente necrosi sì che non si possono tirare conclusioni in favore dell'uno o dell'altro metodo. La soluzione dell'alcaloide nell'alcool o nell'etere a varie proporzioni o l'aggiunta di olio non offre alcun vantaggio reale sulle soluzioni di sali di chinina nella soluzione fisiologica. L'analisi chimica dimostra che l'assorbimento delle soluzioni concentrate si fa rapidissimamente nel punto di iniezione anche negli agonizzanti e che non avviene alcuna combinazione colle proteine del siero nei tessuti necrosati. La chinina non sembra accumularsi nei reni, nel fegato e nel miocardio.

L'iniezione nell'animale non è giammai seguita da leucocitosi, ma si nota spesso una leucopenia consecutiva con aumento dei grandi mononucleari.

La necrosi prodotta, la quale si associa ad edema e distruzione di emazie del sangue fuoriuscito dai vasi, si produce rapidamente nei dieci minuti che seguono l'iniezione e persiste per molto tempo. Le fibre muscolari si frammentano, si riducono in gocciole e nello stesso tempo i nuclei proliferano; ne seguono lesioni da fibro-miositi e da fibro-nevriti. Se l'iniezione viene a cadere nelle vicinanze di un grosso tronco nervoso (p. es. il n. sciatico), a causa della necrosi e dell'edema invadenti, può seguire una degenerazione totale del nervo, accompagnata da paralisi, senza che vi sia

stato diretto trauma sul nervo. Frequente è la necrosi delle pareti dei vasi, spesso accompagnata da trombosi, altre volte da emorragie spesso minime, ma talvolta gravi se si tratta di un grosso vaso.

L'A. conclude consigliando di non fare iniezioni intramuscolari di chinina, se non quando è di stretta necessità: in simili casi praticarle lontano dalle arterie e dai nervi importanti e di non ripeterle su di una stessa zona muscolare se si vogliono evitare lesioni definitive dei muscoli e dei nervi.

E. BENEDETTELLI

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1349) *Semiotica dell'eredo-lue.* — All'abbonato n. 2655:

Per il segno di Antonelli, vedi *Policlinico*, Sezione pratica, fasc. 20, 1921, p. 686.

La sindrome di Hochsinger è caratterizzata dall'aspetto di microrinia ed iperplatirinia dei bambini eredoluetici, dovute ad infiltrazione del periostio della parte superiore del naso e del pericondrio della parte inferiore, per cui la nutrizione dell'osso e della cartilagine corrispondenti è profondamente alterata.

Infine D. Tanturri ha riscontrato in bambini eredo-luetici un'alterazione morfologica del margine del velopendolo in vicinanza del pilastro anteriore, verso il suo punto di unione con la base dell'ugola. Tale alterazione consiste in una dentellatura del margine, come se in quel punto fosse in atto un'erosione, sia dei tessuti epiteliali che della mucosa. La perdita di sostanza si estende per 1-2 mm. dal margine del velopendolo ed è bilaterale. Il Tanturri crede questo sintoma uvulo-palatino patognomonico dell'eredo-lue. (Cfr. D. TANTURRI. *Su di un nuovo sintoma uvulo-palatino riscontrato nei bambini eredo-sifilitici.* La pediatria, 1919, fasc. I, vol. 27. — V. pure: D. TANTURRI. *Ancora sul sintoma o segno uvulo-palatino*, ecc. Archivio It. di Otologia, Rinologia e Laringologia, 1921, fasc. 2, vol. XXXII).

V. MONTESANO.

(1350) *Autosiero ed autosieroterapia.* — All'abb. n. 6836:

L'autosiero si ottiene prelevando sangue dal soggetto in cura, lasciandolo coagulare, separandone la parte liquida, che si divide quando il coagulo si retrae. La tecnica è la seguente: dalla vena del gomito, con rigorosa asepsi, per mezzo di siringa sterile, si preleva quella quantità di sangue che si reputa necessaria (in generale una quantità almeno doppia del siero occorrente).

Si lascia il sangue in luogo fresco per 12-24 ore e si aspira il siero, evitando di aspirare contemporaneamente le emazie. Il siero fresco è così pronto per l'uso.

Per altri scopi, come subito diremo, il sangue prelevato si pone in termostato a 37°, si lascia sierare, si separa il siero, che si inattiva a 55° per mezz'ora e si può conservare con l'aggiunta di ac. fenico (0.50 %) o di lisolo (0.20 %).

Solo ad un siero così preparato ed inoculato al paziente dal quale il sangue stesso è stato prelevato, si deve dare il nome di *autosiero.*

Si parlerà di autoplasma (autoplasmoterapia), se dal sangue reso non coagulabile si separano le emazie con la decantazione o con la centrifugazione, di autosangue (autoemoterapia) se per il tentativo di cura si usa il sangue *in toto*, appena prelevato, oppure conservato liquido in citrato di sodio.

L'*autosieroterapia* ha finora trovato indicazioni, germinate da concetti teorici sui fenomeni anafilattici ed antianafilattici, in quelle affezioni morbose, o in quegli episodî, che hanno l'impronta clinica, e i segni biologici dello choc anafilattico. Il siero è stato usato *fresco*, con lo scopo di conservarne cioè per quanto è possibile *l'omogeneità*, è stato usato dopo qualche tempo, dopo dimora in termostato, o dopo inattivazione col calore, che fanno perdere i poteri complementari e parte delle qualità originarie, rendendolo simile al *siero eterogeneo.*

Col primo metodo si è usato il siero negli accessi di asma, nelle urticarie, nelle crisi emoglobinuriche dell'emoglobinuria parossistica, col sistema Besredka delle dosi progressive vaccinanti; col secondo metodo l'autosieroterapia ha trovato tutte le indicazioni della eteroproteinoterapia, ossia in quasi tutte le malattie infettive nelle quali si poteva sperare un certo vantaggio dallo scoppio di uno choc anafilattico. L'uso quindi dell'autosiero ora è stato quello di desensibilizzare, e di evitare cioè lo choc, ora quello di provocare lo choc stesso.

L'autosiero è stato usato per via sottocutanea ed intramuscolare, e per via endovenosa. Le dosi sono state variabili; da 1/2 ad 1 a 2 cc. progressivamente crescendo per le dosi desensibilizzanti, da 5 a 10, a 20 cc., se la cura si proponeva uno scopo provocatore della crisi.

Ricorderò che l'autosiero è stato anche usato per via intrarachidea (asepsi rigorosa!) in casi di corea grave (15-20 cc.).

I risultati non sono concordi: l'esperienza clinica attuale registra l'autosieroterapia *come un tentativo incoraggiante in qualche malattia* (es. emoglobinuria parossistica), ma non possiede ancora elementi tali da potere annoverare il metodo tra i mezzi sicuri e correnti di terapia nelle mani del pratico. Essa invece mette in guardia contro gli eventuali gravi danni legati alle iniezioni endovenose ed intra-

rachidee di autosiero; ed impone garanzie nella preparazione, che, se pure semplice, per tecnica, non può essere fatta se non in laboratorio bene organizzato e da persone che abbiano familiarità con l'asepsi e con ricerche di tal genere. *t. p.*

VARIA

La psicologia della danza.

Il dott. B. S. Talmey (*American Medicine*, marzo 1921) in una interessante digressione dimostra che il ritmo domina molti fatti naturali, in specie nel campo biologico, e che esso ha inspirato insieme la poesia e la danza.

Della danza si hanno tracce anche nel mondo animale; durante i tempi storici e tra i varî popoli possiamo seguirne le modalità e gli adattamenti molteplici, dalle danze religiose a quelle guerriere, a quelle mimiche. Spesso ha assunto carattere di corteggiamento tra i due sessi; ma rare volte è divenuta brutalmente erotica, come nella danza del ventre dei popoli nord-africani. Il walzer a sei era già parso immorale ai suoi tempi; ma in questi ultimi anni, a partire dal 1912 e più specialmente dopo la guerra, le danze erotiche hanno preso uno sviluppo formidabile tra tutti i popoli civili: tango, fox-trot, jazz, machich, shimy, choppy, turkey-trot, hésitation..... risultano di movimenti, di attitudini, di gesti ed hanno finalità manifestamente lascive, il che concorre ad alimentare la mania della danza che si è abbattuta in modo speciale tra le classi medie. L'esaltazione sessuale giunge non di rado fino all'orgasmo venereo. L'A. sostiene che questa tendenza all'erotismo non sia da biasimare e da condannare, ma anzi da incoraggiare e da secondare, per tutta una serie di ragioni.

Nella nostra epoca iper-sessuale sono preclusi o resi difficili i rapporti normali tra i due sessi; restano aperte molte valvole per calmare l'eccitazione continua del senso genesico, ma sono più o meno deprecabili.

Sovratutto pernicioso è l'autoerotismo solitario: potendo praticarsi quasi ubiquitariamente e senza limiti, conduce con facilità ad eccessi, cui seguono impotenza, frigidità, ecc. Inoltre ne derivano conflitti tra l'impulso malsano e la morale, che lo condanna; anche senza essere fautori delle teorie freudiane, dobbiamo ammettere che questi conflitti psichici sono causa di neurosi. Infine, si tratta di una pratica antisociale, poichè essa viene fomentata da tutto un mondo immaginario, troppo fuori di ogni possibilità reale: la realtà sembra poi sciatta e determina delusioni, incompatibilità e conflitti, in specie nella vita coniugale.

Questi tre caratteri morbosi scompaiono nella danza, in cui il pericolo di eccedere non esiste, poichè non si può ballare di continuo e poichè si richiede il concorso attivo di un'altra persona. Questa è una persona vera, e perciò presenta i suoi difetti fisici, morali, intellettuali inevitabili, che richiamano alla realtà. Infine non v'è nessun conflitto possibile con la morale, poichè la danza è generalmente consentita, è da tutti ammessa (ove si eccettuino pochi puritani che vi oppongono il loro tabù); essa si compie alla presenza dei genitori, degli amici, di tutta una folla di persone: nessun conflitto morale può derivare da un atto approvato.

Un'altra valvola aperta agli eccitamenti sessuali è la promiscuità, cioè la molteplicità delle relazioni sessuali normali (ottenuta per mezzo dei divorzi, del concubinaggio, ecc.); ma è causa di rilassatezza dei vincoli familiari, mentre la danza permette di indulgere alle irresistibili tendenze poligamiche di molti individui, pure mantenendo saldi i vincoli familiari e consentendo l'unigenicità della prole.

Altra valvola è la prostituzione, di cui tutti deploriamo le conseguenze nefaste e l'abbrutimento che ingenera così nella donna come nell'uomo. Invece le danze moderne permettono di ottenere la « decongestione » degli organi sessuali in modo facile accostando soggetti superiori, senza contatti e perciò senza il pericolo di restare vittime del gonococco o della spirochete pallida....

Altri vantaggi ancora la danza presenterebbe dal lato igienico; per es., essa impone un esercizio attivo di tutti i muscoli, il che concorre ad irrobustire l'organismo; accresce la disposizione alla letizia, la quale è un fattore di salute: crea quasi un paradiso terrestre...

Certo, individui sani, equilibrati, capaci di auto-controllo, non sentono il bisogno di questo diversivo; essi ricercano, tutt'al più, un godimento tranquillo nelle vecchie danze corteggiatrici, semplici e sedative; ma gli individui sessualmente irrequieti trovano nella danza moderna un buon mezzo per ridurre la loro tensione sessuale. Della danza si può abusare; chi sia destituito del tutto dei poteri di freno, può trarne incentivo continuo ad eccitamenti malsani; ma di tutto si può abusare, anche del matrimonio. La danza moderna, infine, dovrebbe proscriversi in modo rigoroso ai giovani intorno all'età pubere.

Queste idee parranno avventate, rivoluzionarie, quasi pazzesche, ma hanno il pregio della franchezza, di una franchezza brutale; abbiamo tenuto a renderle obiettivamente per la loro stessa originalità. R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nel campo dei medici di bordo.

L'Associazione Nazionale dei Medici della Marina Mercantile, con sede in Genova (via Palestro 2), ci comunica in data 28 maggio:

Col giorno 3 giugno andranno in vigore le severe disposizioni prese dalle Autorità dell'America del Nord per limitare il più possibile l'emigrazione europea in quei paesi.

In seguito a disposizioni legislative il numero di emigranti italiani che potranno sbarcare in un anno nel Nord-America sarà ridotto a soli 42,000.

Se si pensa che per i bisogni della emigrazione italiana al Nord-America erano adibiti ben 40 transatlantici, dei quali ciascuno in ogni viaggio trasportava da 1400 a 1800 emigranti, si comprende subito come le disposizioni prese dagli Stati Uniti siano per determinare il disarmo di un numero notevole di piroscafi.

Molte Compagnie estere rinunceranno senz'altro alle linee che avevano stabilito fra i porti dell'Italia e il Nord-America.

Molte Compagnie italiane, a loro volta, si vedranno costrette a mettere in disarmo una parte della loro flotta mercantile transoceanica.

Fino da questo momento intanto sono sospese tutte le partenze dei transatlantici per il Nord-America.

Se ora consideriamo che su ciascuno di detti piroscafi venivano imbarcati da due a tre medici, si comprende quale grave danno derivi alla numerosa famiglia dei medici di bordo, dei quali quasi un centinaio si troverà costretto a sbarcare e forse a dover rinunciare alla professione già abbracciata.

Intanto dai giornali apprendiamo che si aprirà in Roma, nel mese di ottobre, una nuova sezione di esami per medici di bordo.

È perciò utile che fino da questo momento i colleghi siano informati della grave crisi che colpisce la Marina mercantile ed i medici di bordo, affinchè quelli che hanno in animo di adire al concorso non abbiano a fare eccessivi affidamenti su futuri facili imbarchi.

Tanto più doverosa è questa informazione quando si pensi che la partecipazione al concorso di Roma implica una spesa non indifferente sia per l'obbligo di permanenza in Roma di almeno 20 giorni, sia per la necessità di frequentare preventivamente qualche corso ufficiale presso le Università del Regno.

Speriamo che in un prossimo avvenire le condizioni muteranno.

Le attuali disposizioni prese dagli Stati Uniti contro l'emigrazione avranno intanto la durata di un anno.

Ma purtroppo non si può sperare che in un anno possano mutare le condizioni interne degli Stati Uniti (disoccupazione, crisi industriale, ecc.), che le hanno determinate.

Forse nuove vie si apriranno alla emigrazione. Ma intanto ripetiamo che un centinaio di colleghi resta fin da ora gravemente colpito nei suoi interesssi e le prospettive che si offrono ai futuri nuovi autorizzati non sono certo delle migliori.

Il Segretario
Dott. CARLO BASSONI.

Mutue di medici.

A proposito dell'articolo inserito sotto questo titolo nel fasc. 22° del *Policlinico*, ritengo utile portare a conoscenza dei lettori che oltre alle citate Associazioni di Mutuo Soccorso Lombarda e Ligure, funziona qui in Roma, dove fu fondato fin dal 1846, l'« Istituto di M. S. fra Medici, Chirurghi e Farmacisti della Provincia di Roma », ed ha sede in uno stabile di sua proprietà in Via dei Venti, n. 5. Tutti i sanitarii, senza distinzione di categorie, possono farne parte. Esso ha per iscopo di soccorrere i colleghi caduti nell'indigenza, non che le vedove e gli orfani minorenni, e di elargire assegni mensili ai soci divenuti per malattia inabili all'esercizio professionale. Viene inoltre provveduta l'abitazione gratuita a un certo numero di vedove indigenti.

L'Istituto possiede rendite notevoli e spesso riceve donazioni dai colleghi. Il numero dei soci è di circa trecento e dovrebbe essere assai maggiore, se non vi si opponesse la tradizionale apatia della classe sanitaria. Rilevo peraltro dalla Relazione del Consiglio Direttivo presentata all'Assemblea di quest'anno che l'iscrizione di nuovi soci è ora aumentata in numero tale quale da molti anni non si verificava. E ciò dà a bene sperare per la prosperità dell'Istituto.

Io, che per circa dieci anni fino al dicembre scorso ho occupato l'ufficio di Medico Verificatore, ho potuto essere testimonio oculare dei vantaggi pratici del mutuo soccorso nella nostra classe. Quante miserie ignorate si nascondono in quel rango tanto maltrattato della borghesia, che è il ceto sanitario! In questi ultimi anni il deprezzamento della moneta ha resa meno proficua l'opera filantropica, ma tutto fa sperare in una prossima sistemazione.

E poichè il vecchio Istituto vive ancora floridamente, dovrebbe, insieme con gli altri congeneri dell'Alta Italia, servire di modello ad una nuova Istituzione, che, sorgendo con più vasto programma d'azione, estendesse la sua influenza benefica a tutti i medici d'Italia.

Prof. CESARE ORTALI.

***

Il comm. dott. Arturo Polacco, presidente del Comitato dei sindaci dell'Istituto suddetto, c'informa che, per festeggiarne il 75° anno di fondazione, verranno accolti, fino al 31 dicembre 1921, i nuovi soci senza esigerne la quota d'inscrizione e che lo statuto è ora sottoposto a studio di migliorie, così per l'entità e dignitosità degli aiuti, come per l'eventuale trasformazione in ente assicurativo.

Contro le rappresaglie politiche.

Il Consiglio direttivo della Sezione Provinciale Milanese dei Medici Condotti, esaminata la vertenza del dott. Bignami, medico condotto di Bareggio, col proprio Comune, considerato il trattamento fatto da questo Comune al Collega, l'ha definito semplicemente indegno ed invita i colleghi tutti d'Italia a rifiutarsi al servizio d'interinato anche ad alta tariffa (100 lire al giorno), volendo con ciò obbligare il Comune a servirsi dell'opera del collega Bignami ingiustamente licenziato fino ad esaurimento delle pratiche coll'attuale Commissario prefettizio di quel Comune.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

20. Provincia di *Porto Maurizio*: Dott. Verando Giacomo, del Comune di S. Remo, L. 400 — Dottor Geva Vincenzo, del Comune di Ventimiglia, L. 300 — Dott. Natta Giuseppe, del Comune di Chiusavecchia, L. 300 — Dott. Fornara Domenico, del Comune di Taggia, L. 300 — Dott. Ghersi Lorenzo, del Comune di Oneglia, L. 250 — Dottor Gandolfo Giovanni, del Comune di Triera, lire 200 — Dott. Varazzani Aldo, del Comune di Piani di Vallecrosia, L. 200.

21. Provincia di *Cremona*: Dott. Bettazzi Carlo, del Comune di Annicco, L. 500 — Dott. Cavalli Geremia, del Comune di Pieve d'Olmi, L. 500 — Dott. Ferrari Pietro, del Comune di Romanengo, L. 500 — Dott. Grossi Baldassarre, del Comune di Pizzighettone, L. 500 — Dott. Lambri Renato, del Comune di S. Daniele R. Po, L. 500 — Dottor Melloni Giuseppe, del Comune di Malagnino, lire 500 — Dott. Olivari Carlo, del Comune di Casalbuttano, L. 500 — Dott. Ortuani Arturo, del Comune di Spino d'Adda, L. 500 — Dott. Quaranta Battista, del Comune di Formigara, L. 500 — Dott. Tavecchi Luigi, del Comune di Robecco d'Oglio, L. 500 — Dott. Tedoldi Amilcare, del Comune di Pieve S. Giacomo, L. 500 — Dott. Vailetti Vittore, del Comune di Credera, L. 500 — Dott. Zambellini Filippo, del Comune di Cremona, L. 500 — Dott. Uggeri Francesco, del Comune di Cremona, L. 500.

22. Provincia di *Macerata*: Dott. Caccialupi Giorgio, del Comune di Cingoli, L. 400 — Dottor Fabbri Fernando, del Comune di Sanseverino, L. 400 — Dott. Fontana Eucherio, del Comune di Camerino, L. 300 — Dott. Girotti Agostino, del Comune di Pausula, L. 300 — Dott. Pizzini Filippo, del Comune di Fiuminata, L. 300 — Dott. Mosetti Zefferino, del Comune di Matelica, L. 250 — Dottor Catinari Giovanni, del Comune di Civitanova, L. 250 — Dott. Amantini Cesare, del Comune di Visso, L. 200 — Dott. Ruggeri Romeo, del Comune di Muccia, L. 150 — Dott. Scarpino Pasquale, del Comune di Serravalle, L. 100 — Dott. Nascimbeni Ferruccio, del Comune di Macerata L. 300.

23. Provincia di *Rovigo*: Dott. Santangelo Antonio, del Comune di Papozze, L. 300 — Dott. Setti Giovanni, del Comune di Badia, L. 300 — Dottor Ferrari Biagio, del Comune di Bottrighe e Corbola, L. 300 — Dott. Ceramicola Romano, del Comune di Frassinelle Arquà, L. 300 — Dott. Slaviero Gherardo, del Comune di Castelguglielmo, L. 300 — Dott. Beghi Galileo, del Comune di Canaro, L. 300 — Dott. Minchio Augusto, del Comune di Bagnoli di Po, L. 300 — Dott. Lucente Francesco, del Comune di Costa, L. 300 — Dottor Imperiale Mario, del Comune di Porto Tolle, L. 300 — Dott. Sanesi Sem, del Comune di Ariano, L. 300 — Dott. Pavanetto Giovanni, del Comune di Giacciano, L. 300.

24. Provincia di *Reggio Calabria*: Dottori: Attinà Bruno, Condofuri e Rogudi, L. 300 — Capua Giuffrè Antonino, Reggio Calabria, L. 300 — Quintavalle Tommaso, Caulonia, L. 300 — Ieamma Pasquale, Polistena, L. 250 — Corsia Leonardo, Camini, L. 250 — Pisani Nicola, Monasterase, L. 250 — Murdara Filippo, Sant'Ilario, L. 250 — Errigo Giuseppe, Siderno, L. 250 — Salerno Francesco, Stilo, L. 250 — Tommasini Vincenzo, Pellaro, lire 200 — Zuccalà Bruno, San Lorenzo, L. 200 — Argirò Giovanni, Cinquefrondi, L. 200 — Iacopo Bruno, Iatrinoli, L. 200 — Politi Antonio, Bianconuovo, L. 200 — Santoro Domenico, Bovalino, L. 200 — Landolfo Giovanni, Bruzzano, L. 200 — Riccio Francesco, Gerace Marina, L. 200 — Fimognari Beniamino, Gerace Superiore, L. 200 — Pugliatti Francesco, Bova Marina, L. 150 — Macri Pietro, Scilla, L. 150 — Montalto Giuseppe, Laureana, L. 150 — Mandura Michele, Rosarno, L. 150 — Capoferro Giuseppe, Sant'Eufemia, L. 150 — D'Elia Nicola, Seminara, L. 150 — Larosa Fortunato, Canolo, L. 150 — Malgeri Bruno, Grotteria, L. 150 — Spina Giuseppe, Mammola, L. 150 — Scopelliti Antonio Aurelio, Palizzi Centro, L. 150 — Sergi Antonio, Palizzi Marina, L. 150 — Musco Ferdinando, Placanica, L. 150 — Pannuti Ettore, Bagaladi, L. 100 — Pentimalli Luigi, Bagnara, L. 100 — Viola Giuseppe, Bova Superiore, L. 100 — Fazzari Giov. Battista, Antonimina, L. 100 — Pisani Ferdinando, Bivongi, L. 100 — Vaim Pasquale, Casignana, L. 100 — Meriti Tito, Pazzano, L. 100 — Zannino Domenico, Stignano, L. 100.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8847) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. M. da F. — Sempre quando nel contratto non sia tassativamente esclusa la concessione della indennità caro-viveri e sempre quando Ella abbia ricoperto nel Comune un posto di condotto previsto nella pianta organica e privo di titolare, ha diritto alla indennità caro-viveri, di lire 65 mensili a decorrere dal 1° aprile 1919 in cui assunse servizio costà in base al D. L. del 9 marzo 1919, n. 338.

(8848) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. M. da M. — Non potremmo dirle le ragioni per cui l'Agente delle Imposte le ha caricate 311 lire di ricchezza mobile su di un reddito di lire 2400, che avrebbe dovuto dare 207,60 di tassa.

(8849) *Abolizione della condotta piena.* — Dottor A. N. da F. A. — Ha diritto a che la trasformazione della condotta sia considerata come avvenuta sin dal 1° gennaio 1920 non potendo Ella rendersi mallevadore degli atti o delle negligenze del Comune; ha diritto di pretendere il pagamento delle sue prestazioni fatte agli abbienti durante il 1920, e se in giudizio i cittadini opporranno la loro buona fede per essersi serviti del medico senza pagarlo, faccia giudizio contro il Municipio per rivalsa dei danni derivanti dalla sua negligenza per non aver reso a tempo di pubblica ragione la soppressione della condotta piena.

(8851) *Pensione.* — Dott. F. L. da F. — Secondo il calcolo fatto, Ella avrebbe compiuti sinora 9 anni di servizio utili per la pensione. A questi, aggiungendone altri due di interinato, potrebbe far valere anni 11. E poichè per liquidare la pensione occorrono 24 anni, 6 mesi ed un giorno di servizio, ne dovrebbe ancora compiere 13 anni e 6 mesi. Il tempo trascorso in aspettativa per ragione di famiglia non è calcolato agli effetti della pensione. Rinunziando alla condotta non si ha diritto a nulla dalla Cassa di previdenza.

(8852) *Acquisto della stabilità.* — Dott. F. P. da P. — Al momento che sostenne il concorso per la nomina a medico condotto avea già prestati 29 mesi di servizio interinale e poteva, pertanto, invocare immediatamente lo acquisto della stabilità, giacchè per giurisprudenza costante il servizio interinale, comunque prestato, è computato nel biennio di prova prescritto dallo articolo 31 della vigente legge sanitaria. Del resto, anche il 20 marzo è passato ed Ella presta ancora servizio senza opposizione ma con la quiescenza tacita del Comune, che seguita a corrisponderle lo stipendio. Ora non può più essere obbligato ad andar via, anche perchè il Comune ha, pel detto di sopra, dimostrato di non insistere sul pronunziato licenziamento e di ritenerla in servizio come medico stabile.

(8853) *Pensioni - Contributi.* — Dott. P. C. da P. — Tutti i contributi che Ella ha versati dopo il 1919 vanno a beneficio della pensione, che aumenta per ogni anno di servizio e di età. Non comprendiamo come il suo capitolato abbia elevato il contributo annuale da lire 130 a lire 400. Si tratta di pensione governativa o comunale? Ella non potrebbe liquidare su 42 anni di servizio, ma su 27, quanti ne intercedono fra il 1909 ed oggi, aggiunti i 15 anni bonificati. In base a tali elementi liquiderebbe ora la pensione di lire 2174 annue. In base alla legge attuale la pensione massima cui si può giungere è quella di lire 3000 annue.

(8854) *Mancata compilazione dello elenco dei poveri.* — Dott. B. F. da C. — Occorre promuovere giudizio civile contro il Comune per essere risarcito dei danni che Le sono stati cagionati per sua indolenza, per aver trascurato la compilazione dello elenco dei poveri.

(8856) *Aumenti sessennali.* — Dott. F. C. da A. — Per i Comuni *terremotati* la Commissione centrale ha facolta di ridurre o modificare anche le spese obbligatorie. Potrebbe darsi che si sia in riguardo ai sessennii stabilita una massima diversa, per alleggerire il soverchio onere dello Stato, che deve rifondervi la differenza.

(8857) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. M. da R. — Per l'aumento dello stipendio effettivamente occorre l'approvazione della G. P. A. Ma però se Ella non vuole attendere può spiccare un atto di diffida al Comune chiamandolo responsabile di danni per la lunga ingiustificata attesa.

Doctor JUSTITIA.

***

Corsi di perfezionamento. — Al dott. F. G. da B. — Un corso di perfezionamento in Odontoiatria presso l'Università di Roma non è stato mai annunciato finora.

P.

CONCORSI.

JESI (*Ancona*). — II Condotta urbana residenziale; ab. 4000 circa, di cui 3500 a cura gratuita; L. 12,000 e ventesimi biennali fino a L. 16,000; due caro-viv. Età limite 40 anni. Chiedere annunzio. Scad. 30 giugno.

ROURE (*Torino*). — Scadenza 30 giugno. L. 5000; per uff. san. L. 500; mezzi di trasporto L. 500; alloggio L. 450; caro-viv. Capitolato-tipo.

Medico disposto supplire medici condotti Italia settentrionale durante loro mese congedo offresi. Dottor Ettore Pancotto, Ugo Bassi 14, Bologna.

Giovane chirurgo, già assistente negli Ospedali di Roma, accetterebbe interinato in Ospedali provincia. Scrivere: Giuseppe Buonomini, via Ricasoli, 19 - Roma.

AVVERTENZA. — Si vedano anche gli annunzi di concorsi pubblicati nei fascicoli precedenti.

Diffide e Boicottaggi:

Nuova diffida: Loro Ciuffenna (Arezzo).

Nuovo boicottaggio: Consorzio Marano Ticino-Mezzomerico, a favore dei colleghi Bonini e Julitta, titolari delle due condotte prima esistenti.

UFFICI DI COLLOCAMENTO.

Piemonte e Liguria, Torino, via dei Mille 16 (presso l'O. d. M.);

Lombardia: Milano, via Dogana 2 (presso la Presidenza centrale dell'A. N. M. C.);

Tre Venezie: Verona, Stradone Superiore Maffei 10 (presso l'O. d. M.);

Padova: Comitato laureati e laureandi, R. Clinca Medica.

Emilia e Romagne: Bologna, Archiginnasio (presso la Sezione Bolognese dell'A. N. M. C.);

Mantovano: Mantova, via Arrivabene 3 (presso l'O. d. M.);

Ferrarese: presso l'O. d. M.

Chiedere le condizioni.

Per tutti i colleghi in cerca di posti vacanti mettiamo gratuitamente a disposizione il nostro giornale. Gli annunzi debbono essere brevi; il recapito non dev'essere dato presso i nostri uffici.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sir Claude Hill, ex-direttore del Consiglio Centrale dei trasporti e approvvigionamenti delle Indie e membro del Consiglio delle Finanze del vice-re delle Indie, è stato nominato Segretario Generale della Lega delle Croci Rosse.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia (aprile 1921)

MALATTIE	28 marzo-3 aprile		4-10 aprile		11-17 aprile		18-24 aprile		25 aprile-1° maggio	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	291	2586	210	1701	259	1958	229	1630	236	1486
Scarlattina. .	68	145	57	119	65	186	51	127	50	126
Vajuolo e vajoloide . . .	41	121	42	125	34	140	23	94	26	62
Tifo addominale . . .	86	160	75	123	86	149	81	137	75	123
Difterite e croup . . .	127	192	104	164	119	204	102	156	119	202
Meningite cerebro-spinale epidemica .	2	3	1	1	4	4	3	3	1	1
Dissenteria .	—	—	2	2	1	1	—	—	—	—
Tifo petecchiale. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Il morbillo è tuttora diffuso in Piemonte, Lombardia, Emilia, Toscana, Campania. Notevole diminuzione si è osservata per il vajuolo, che prevale in Sicilia e Campania. Il maggior numero dei Comuni infetti di difterite si osserva in Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana.

PUBBLICAZIONI PERVENUTE.

BONFIGLIO FRANCESCO. *L'anatomia patologica delle psicosi dell'età senile.* — Genova, G. B. Marsano, 1920.

LEONE RAFFAELE. *Sulla formula leucocitaria dei malarici.* — Napoli, G. Marino, 1919.

CRITTO MIGUEL. *Contribucion al estudio de la parafinacion de la quemaduras.* — Buenos Aires, 1920.

MONCALVI LODOVICO. *Il clono del diaframma nella encefalite epidemica.* — Milano, 1920.

CAVAZZUTTI G. B. — *Encefalitis letàrgica.* — Buenos Aires, 1920.

DEFELICE VINCENTE. *Sobre la parafinación de las quemaduras por medio de bujìas.* — Buenos Ayres, 1920.

SEGA ACHILLE. *La sieroreazione pel micrococco maltese nel sangue dei tubercolosi.* — Napoli, L. Pierro e F., 1919.

CALIARI CARLO. *Quarta Relazione clinico-statistica delle cure medico-chirurgiche ed operative dal 1915 al 1919, nell'Ospedale di Valdagno.* — Valdagno, 1920.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie Italiane.

Il 16 corr. s'inaugura in Parma questo Congresso, di cui già abbiamo dato avviso ai nostri lettori. I lavori dureranno quattro giorni.

Le Mostre di piante medicinali ed aromatiche, di macchinario di uso chimico-farmaceutico, di materiale di confezionamento si apriranno contemporaneamente al Congresso; vi hanno aderito molti Orti Botanici e quasi tutte le Ditte nazionali del genere.

Il Comitato Esecutivo ha fatto le pratiche per ottenere un ribasso ferroviario per i Congressisti ed ha organizzato una gita alle RR. Terme di Salsomaggiore.

La tessera d'adesione al Congresso costa L. 20. Per l'adesione e gli schiarimenti rivolgersi al Comitato Esecutivo: Parma, Strada al Collegio Santa Caterina 15.

Rapporti della stampa medica con le Industrie Sanitarie.

Il Comitato permanente per le Industrie Sanitarie Italiane, con sede a Milano, via S. Paolo 10, comunica:

La stampa medica è sempre stata, ed è tuttora, presso le singole Nazioni, il mezzo più potente per dar valore a tutti i preparati, le invenzioni, le applicazioni di reale valore e aventi buona base scientifica.

Rifuggono dal vaglio della stampa medica tutti i preparati e tutti i sistemi terapeutici che non hanno consistenza reale; mentre affluiscono ad essa e vi trovano sede opportuna tutti quelli che sono serii, controllabili, e che meritano di essere dai medici conosciuti ed apprezzati.

La produzione delle industrie sanitarie non si concepisce senza l'appoggio della stampa medica; finora in Italia essa non è stata degnamente valutata. All'espansione della stampa medica all'estero corrisponde l'espansione delle nostre Industrie Sanitarie. Anche in questo le altre Nazioni ci hanno dimostrato di saper valutare la somma importanza della stampa medica.

Gli industriali possono e debbono appoggiarla favorendola nella parte amministrativa, senza lesinarle troppo (in rapporto ciascuno colle proprie potenzialità) i contributi necessari. Inoltre devono produrre tecnicamente in modo che sia la loro produzione accessibile ad un esame scientifico, e possibilmente essa sia una diretta derivazione scientifica.

La minaccia della peste dall'Oriente.

La Lega delle Società di Croce Rossa (Ginevra) comunica:

Il Dipartimento politico svizzero ha informato il Comitato Internazionale della Croce Rossa (Ginevra) che a Wladivostok, ove trovansi numerosi stranieri, sono stati ufficialmente riconosciuti molti casi di peste. L'epidemia infierisce ed aumenta ogni giorno. Le autorità municipali, prive di mez-

zi sufficienti atti a combattere il flagello che minaccia di propagarsi rapidamente e diventare un pericolo mondiale, si sono rivolte al Corpo Consolare esortandolo a provvedere. Il Corpo Consolare di Wladivostok ha rivolto domanda al Comitato Internazionale della Croce Rossa affinchè faccia ogni sforzo per raccogliere d'urgenza, anche col concorso dei Governi stranieri, 200,000 *yens*, sufficienti per due mesi, e che sarebbero impiegati sotto il rigoroso controllo del Corpo Consolare. Le autorità prendono impegno di restituire tale somma in 18 mesi mediante tasse speciali. La Commissione mista del Comitato Internazionale della Lega delle Società di Croce Rossa, esaminata la questione, ne ha avvisato senza indugio la Sezione d'Igiene del Segretariato della Società delle Nazioni e contemporaneamente segnala alla pubblica attenzione i fatti sopra esposti nella speranza che venga intrapresa un'azione internazionale per soffocare il nuovo pericolo che ci minaccia dall'Estremo Oriente.

Le arseniomuffe di Gosio e una grande pubblicazione sull'arsenico.

Il Governo Svedese ha, parecchi anni or sono, con forti contributi finanziari, costituita una Commissione per lo studio dell'arsenico nei vari riguardi della chimica fisiologica, industrie e medicina legale. Questo corpo scientifico ha ora pubblicato un suo grandioso lavoro: nove grossi volumi, densi di osservazioni, dati e revisioni interessantissime. Un intero grande volume, la parte specialmente nuova, è dedicata al problema biologico delle arseniomuffe ed illustra in modo molto esteso le ricerche del Gosio, confortandole con numerose esperienze, conferme e corollari dottrinali.

Il sistema delle Commissioni di dotti specializzati per lo studio di singoli temi di maggiore importanza pratica, merita di esser posto in luce ed imitato da tutti i Governi cui stia a cuore il vero progresso delle scienze. Si avrebbero così opere esaurienti ed attendibili che, oltre costituire preziose conquiste per consultazioni future, farebbero avanzare nella forma più degna e più utile ogni conoscenza sui più notevoli argomenti.

Nell'assicurazione infortuni.

È nota l'importanza del servizio medico nell'esercizio dell'assicurazione degli infortuni del lavoro, per la delicata funzione ad esso affidata di controllare e di valutare le conseguenze delle lesioni agli effetti del risarcimento prescritto dalla Legge; e tanto maggiore sarà in avvenire se, in omaggio ad un più sano principio sociale, il còmpito degli Istituti assicuratori sarà prevalentemente rivolto alla prestazione delle cure intese a restituire ai colpiti da infortunio l'integrità fisica e la capacità lavorativa menomata o perduta.

La Cassa Nazionale Infortuni ha già per suo conto e precorrendo future disposizioni legislative, rivolto la sua attenzione a questo superiore fine di previdenza sociale e si è pertanto preoccupata di porre a capo del proprio servizio medico, tanto esteso e continuamente evolventesi, persona che per alta dottrina e per qualità organizzative e direttive fosse in tutto degna di un posto così importante. E ha fatto cadere la scelta sul professor Gustavo Pisenti dell'Università di Perugia, del quale è cognita la vasta competenza nel campo delle assicurazioni sociali.

Onoranze al generale medico prof. Bonomo.

Or non è molto, in Bari, con una modesta ma cordiale cerimonia, venne consegnata al generale medico prof. Bonomo una targa d'argento, con la seguente dedica: *Al Generale — Prof. Comm. Lorenzo Bonomo — Ispettore Capo di Sanità Militare — Cavaliere dell'Ordine Militare di Savoia — illustre scienziato — insigne maestro — valoroso sapiente supremo Direttore — dei Servizi Sanitari militari — nell'ultima guerra italo-austriaca — nel doloroso suo volontario distacco dal servizio attivo — quale ricordo di stima profonda — e d'immutabile affetto — gli Ufficiali del Corpo Sanitario Militare — offrono.*

Tra le molte adesioni giunte segnaliamo quella del generale medico Della Valle, Direttore generale della Sanità Militare.

Corsi di perfezionamento in Clinica Medica.

Nella R. Università di Parma si tengono un corso fondamentale di Clinica Medica e corsi collaterali di Fisiologia, di Farmacoterapia e della Anafilassi, dai proff. U. Gabbi, Foà, Ravenna, Lorenzani, Moruzzi, Rossi. Hanno luogo anche conferenze dei proff. sen. E. Maragliano, Foà e Coronedi.

Ai partecipanti al corso sarà rilasciato un diploma di perfezionamento.

Corso pratico sulla tubercolosi.

Dal 1° al 30 giugno si tiene a Napoli un corso sulla tubercolosi, consistente in: Conferenze teoriche sulla patologia e clinica della tubercolosi specialmente in rapporto alle manifestazioni delle vie respiratorie e alle localizzazioni chirurgiche; Esercitazioni diagnostiche specialmente in rapporto all'accertamento; Visite agli ammalati ospedalizzati; Esercitazioni nel Dispensario antitubercolare; Dimostrazioni radiologiche; Pratica di terapia; Esercitazioni di laboratorio.

Sarà rilasciato uno speciale certificato di frequenza.

Possono parteciparvi tutti quei medici che si saranno iscritti (tassa L. 100), inviando la domanda. Per questo e per i corsi ulteriori rivolgersi al prof. Giuseppe Cicconardi, direttore del Dispensario Antitubercolare in via Luciano Armanni.

Corsi internazionali di perfezionamento.

Dall'11 al 17 settembre si terrà a Carlsbad il III Corso internazionale di perfezionamento per medici, con particolare riguardo alla balneologia e balneoterapia. Vi converranno insegnanti delle Università di Vienna, Berlino, Breslavia, Erlangen, Gottinga, Halle, Budapest, Praga, Roma, San Paolo del Brasile e Stoccolma. La prolusione sarà detta dal prof. Abderhalden di Halle. Per informazioni rivolgersi al dott. Edgar Ganz, Geschäfts-

führer der ärztlichen Fortbildungskurs in Karlsbad (Austria).

Dal 6 al 18 giugno si tiene, presso la Facoltà Medica di Vienna, un corso di perfezionamento in chirurgia, ortopedia e ginecologia ed in pediatria. Altri corsi di perfezionamento avranno luogo in settembre, per i medici, pratici e in dicembre, sulle specialità (dermatologia, oftalmologia, oto-rino-laringologia, urologia). Tassa per gl'italiani 1000 corone.

Per informazioni rivolgersi alla « Gesellschaft der Aerzte », Vienna IX, Frankgasse 9.

Corso di profilassi scolastica antitracomatosa.

Il Ministero dell'Interno, su proposta della Regia Prefettura di Bergamo, ha disposto per lo svolgimento di un corso teorico-pratico di profilassi antitracomatosa ad uso del personale insegnante. Le conferenze sono state tenute dallo specialista prof. Achille Viterbi, di concerto col dott. Giuseppe Monti, medico provinciale aggiunto.

Il taylorismo.

Il prof. Gaetano Angelici ha tenuto al Collegio Romano una brillante e applaudita conferenza sull'organizzazione scientifica del lavoro secondo il metodo Taylor, il quale è già largamente adottato fuori d'Italia.

Il taylorismo porta un'economia di tempo e di lavoro; perciò determina aumento dei salari e del profitto dell'imprenditore, riduzione dei prezzi di costo e di vendita, incremento della produzione. L'O. ne ha illustrato i principî: scomposizione dei movimenti complessi in movimenti elementari, eliminazione dei movimenti inutili ed acceleramento dei movimenti utili, sulla scorta di metodi fisiologici; cernita delle attitudini, in base ad esami psicologici; istituzione di scuole per apprendisti e per operai; assegnazione di premi in proporzione crescente, per compensare il maggior lavoro; provvidenze complementari che elevino la salute, il tono psichico e la dignità degli operai; ecc. L'O. ha accennato, infine, ai primi tentativi di applicazione fatti in Italia ed ha preconizzato il prossimo avvento tra noi del taylorismo, di cui egli è da tempo un assertore ed un apostolo.

Per il monumento-ossario al fante.

La Cassa Nazionale Infortuni, compresa della nobiltà dell'iniziativa propostasi dall'apposito Comitato costituitosi in Milano sotto la presidenza di S. A. R. il Duca d'Aosta, ha deliberato di concorrere con la somma di L. 2000 alla sottoscrizione apertasi per l'erezione del Monumento-Ossario intitolato al Fante, che dovrà sorgere sul Monte S. Michele.

Istituto sanitario.

Un'istituzione sanitaria lungamente pensata, seriamente e fortemente organizzata, ebbe la sua affermazione inaugurale in questi giorni, a Roma, nella Clinica Chirurgica privata del prof. M. Amante in via Nomentana 265. La nuova creazione è costituita da una Policonsulenza per tutte le maggiori branche della scienza medico-chirurgica, organizzata in modo che le singole specialità si armonizzino e si fondano nello scopo di apportare un unico e complesso contributo alla diagnosi e alla cura delle malattie, sul tipo dei « centri medici ». A rendere ciò possibile l'Istituto è corredato di tutti i sussidi più razionali, più moderni, più scientifici di gabinetto e di laboratorio. Le singole specialità sono affidate a consulenti di valore.

La nuova istituzione porta il titolo di « Istituto di Policonsulenza Clinica ».

A Merate (Brianza) si è spento il cav. dottor ORESTE BONFANTI, per ben cinquant'anni medico di quella condotta, popolare per la sua filantropica attività e per la paterna bonomia che ne facevano una figura caratteristica in tutta la regione ed il beniamino della popolazione.

RUSCA.

Il dott. CARLO BOSI, che faceva parte di una comitiva la quale da Rimini si recava a San Marino in un'automobile adorna della bandiera nazionale, venne colpito mortalmente in un assalto a colpi di rivoltella da parte di un gruppo di comunisti, che credevano si trattasse di fascisti. Il Bosi era molto stimato come uomo e come sanitario; durante la guerra aveva prestato servizio col grado di maggiore medico. S.

Il dott. Guglielmo Oliaro, direttore di « Lotte Sanitarie », ha perduto la madre idolatrata, LUCREZIA OLIARO BONARDI, di 83 anni.

Per il dott. Oliaro la madre riassumeva tutta una storia di patriottismo, di sacrifici e di abnegazione. Ella era nipote di quel Francesco Bonardi, cospiratore, a cui la natia Villanova Monferrato e Casale Monferrato intitolarono vie, e che fu Deputato rappresentante del Dipartimento di Marengo dal 1804 al 1811 al Corpo Legislativo di Francia, ed intorno a cui sono piene di ricordi le opere del Brofferio, del Botta, del D'Azeglio, del Luzio, ecc. In relazione con Mazzini, col quale doveva preordinare la spedizione armata in Corsica nel 1831, intimo del Rattazzi, di Carlo Botta, del Prina e di tanti altri, Francesco Bonardi, dopo la Restaurazione, prese parte attiva sino alla morte a tutte le cospirazioni nostre. Dopo i moti del 1821 per aver salva la vita dovette emigrare e morì profugo a Roveredo di Mesolcina (Canton Grigioni) ove è tuttora vivo il suo ricordo.

La buona mamma del dott. Oliaro nacque appunto in terra d'esilio, a Capolago, dove era la famosa Tipografia Elvetica, a cui collaborarono i membri di sua famiglia per diffondere il seme della Rivoluzione italiana. Ella nacque e crebbe in tale ambiente saturo di patriottismo e di idealità mazziniane; ed a tali principî rimase, per tutta la vita, fedele, cercando di instillarli nell'animo e nel pensiero dei figli.

BRUSATO.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Folia Medica, 30 marzo. — E. CEDRANGOLO. Sul polso epatico.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, maggio. — G. E. ARMOSTRONG. L'immunità in chirurgia. — J. M. T. FINNEY e altri. L'occlusione intestinale. — A. GOLDPOHN. Riparazione delle lacerazioni del perineo.

The Lancet, 14 maggio. G. GRAHAM. Glicemia e glicosuria.

The British Medical Journal, 14 maggio. — W. BLAIR BELL. Profilassi e trattamento delle infezioni puerperali. — A. G. AULD. Il peptone nell'asma e nelle forme affini. — J. J. HALL EDWARDS. Diagnosi e trattamento della gastroptosi.

Paris Médical, 7 maggio. — Numero sulle malattie della nutrizione.

La Presse Médicale, 11 maggio. — F. BEZANÇON, S. I. DE JONG e A. JACQUELIN. L'asma cardiaco, 14 maggio. — R. SABOURAUD. Il solfuro di carbonio solforato nella seborrea.

Annali d'Igiene, marzo. — G. SANARELLI. Patogenesi del colera. — V. CALÒ. I nuovi antisettici.

Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux, 5 maggio. — C. LIAN e H. WELTI. L'eserina nelle tachicardie.

Annali di Medicina Navale e Coloniale, marzo-aprile. — G. PETELLA. Problemi di alimentazione.

La Clinica Ostetrica, 30 aprile. — F. LA TORRE. Ricordi e pensieri di semiotica ginecologica.

Berliner Klinische Wochenschrift, 16 maggio. — H. F. O. HABERLAND. Disposizione costituzionale alle malattie chirurgiche.

Wiener Klinische Wochenschrift, 12 maggio. — G. HOLLER. Affezione organica del vago quale causa dell'ulcera gastrica?

Annali di Ostetricia e Ginecologia, n. 2. — A. GENTILI. Osteomalacia puerperale. — G. CALDERINI. L'incisione colpo-perineale come primo tempo dell'applicazione di forcipe.

Rivista Sanitaria Siciliana, 1 maggio. — Resoconto del VI Congresso Medico Siciliano.

The Boston Medical and Surgical Journal, 28 aprile. — B. T. STRONGMAN. Eziologia del rachitismo tra gli italiani.

La Ligura Med., 1 marzo. — A. RIVARA. Il pneumotorace terapeutico nella bronchiectasia.

Haematologica, 11 apr. — A. FERRATA. Sulla istogenesi della leucemia granulocitica. — F. MARCORA. Origine delle infiltrazioni perivasali nella encefalomielite epidemica.

The British Medical Journal, 21 mag. — W. CALWELL. La psicologia elementare nell'insegnamento clinico. — A. E. MARYLAND. Meccanismo e significato del dolore addominale. — L. HILL. Il costo fisiologico del lavoro muscolare. — F. J. STEWARD. L'artrite infettiva acuta.

Acta Medica Scandinava, VI. — O. THOMSEN e F. WULFF. Alcuni problemi sull'infezione meningococcica. — G. H. MONRAD-KROHN. Possibile inversione dei riflessi addominali.

La Clinica Pediatrica, IV. — E. GIORGI. Osteopsatirosi e ghiandole endocrine.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 19 maggio. — LOEPER, FORESTIER e HURRIER. La tintura d'aglio in un caso di gangrena polmonare. — H. ROGER. *Choc* emoclasico da metalli colloidali per via endovenosa. — BROUARDEL e J. RENARD. Uremia mortale con debole azotemia. — J. MEYER. Melitococcia da contagio di laboratorio..

L'Encéphale, maggio. — LAIGNEL-LAVASTINE. Anatomia patologica della glandola pineale.

La Presse Médicale, 21 maggio. — L.-M. PAUTRIER. L'olio solforato in dermatologia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed resp.

ANNO XXVIII Roma, 20 Giugno 1921 Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

IGIENE.

Si può vaccinare durante un'epidemia di vaiuolo?

Prof. A. ILVENTO.

La questione è stata lungamente e variamente dibattuta nella prima metà del secolo scorso, quando la vaccinazione antivaiolosa si sparse rapidamente per tutto il mondo, e sembrava risoluta definitivamente in senso positivo, quando vennero gli antivaccinisti a risollevarla. Ed è una questione, che ha notevole importanza in un paese come il nostro, nel quale si vaccina poco e male durante la prima età, senza controllare l'esito delle operazioni eseguite; si rivaccina pochissimo, ed il vaiuolo si diffonde facilmente imponendo larghissime continue rivaccinazioni di necessità, presente epidemia.

So bene che gli antivaccinisti sostengono il contrario: che in Italia si vaccini molto e malgrado ciò non si raggiunga alcuna difesa immunitaria e le epidemie di vaiuolo continuino a diffondersi. Ma è un'asserzione fondata su dati statistici erronei od erroneamente interpretati; spesso le notizie raccolte dalle statistiche ufficiali nei Comuni non sono affatto la fotografia della realtà. Cito un fatto. È stato ripetutamente asserito che la provincia di Palermo era largamente e ben vaccinata nel 1911, quando vi scoppiò una formidabile epidemia di vaiuolo, che dette nella sola città capoluogo più di 5000 casi in pochi mesi. Orbene, raccolsi proprio io nell'ufficio del medico provinciale le statistiche di vaccinazione

per gli anni, che precedettero l'epidemia. La media dei vaccinati fra i nati del semestre nei varii Comuni della provincia era del 21 % appena, ed appena del 7 % si sapeva l'esito positivo. I rivaccinati costituivano una cifra sparutissima; ed anche questi risultati, già gravi di per sè stessi, erano stati ottimisticamente esagerati in molti comuni. L'immunizzazione era dunque completamente mancata, quando comparve l'epidemia.

Le ragioni elevate dagli antivaccinisti, ed anche da alcuni vaccinisti, contro la vaccinazione in periodo di epidemia sono essenzialmente due: che il virus vaccinico possa virulentarsi e fornire nuovi germi infettivi alla disseminazione dell'epidemia; che la vaccinazione determini in ogni individuo un periodo di iporesistenza, che può favorire lo sviluppo dell'infezione, se l'individuo ha già nel suo corpo i germi di questa od è esposto a contrarli.

La prima obiezione urta contro dati di fatto sperimentati dedotti dalla pratica epidemiologica. Copenam cita i risultati che si ottenevano dalla vaiolazione in Inghilterra, dove questa pratica era diffusissima dal 1721, epoca di introduzione, al 1798, epoca in cui cominciò a diffondersi la scoperta di Jenner. Il virus vaioloso, passato da uomo ad uomo per la via dell'inoculazione cutanea, si attenuava rapidamente fino a dare un gruppo di poche pustole al solo punto di innesto con scarsa reazione generale; e l'attenuazione rimaneva stabile. L'Adams, il vaiolizzatore di Caterina II, da cui ebbe per l'atto operativo modestissimo ricchezze ed onori, aveva ottenuto per questa via un virus, che dava una sola pustola al punto di innesto, e questo carattere rimase immutato per anni ed anni. Mai, durante tre quarti di secolo e fra popolazioni gravemente travagliate dal vaiuolo, la vaiolizzazione fu incolpata di produrre epidemie di vaiuolo. Mai lo è stato in Cina e nell'Oriente, dove è stata praticata correntemente per secoli e secoli.

In Germania si usa molto di ottenere il vaccino innestando per via cutanea il vaiuolo umano ai bovini, ed anche questa infezione per la via cutanea raggiunge il medesimo scopo di attenuazione stabile rilevato più sopra per l'inoculazione cutanea in serie sull'uomo. Malgrado dunque che fra quelle popolazioni sia di uso comunissimo ciò che si potrebbe chiamare vaiuolo vaccinizzato, mai nessuna ripercussione epidemica si è dovuta lamentare.

Dovremo proprio pensare, che invece possa produrre epidemie nell'uomo l'inoculazione cutanea del cow-pox o vaccino naturale delle vacche? Invero molti pensano che il germe di questo sia forse una varietà vicinissima a quella del vaiuolo umano, ma in ogni caso non la medesima cosa, tanto vero che le epidemie delle due malattie non coincidono nè nel luogo, nè nel tempo.

***

La seconda obiezione è più grave, poichè certamente l'inoculazione cutanea produce una infezione a manifestazione localizzata con alcuni sintomi generali; uno stato di malattia dunque, durante il quale si determina l'immunità. Si affaccia perciò assai fondata l'ipotesi, che durante questo periodo la resistenza sia minorata, la suscettibilità all'infezione naturale cresciuta. Possono i poteri pubblici esporre un individuo in tal guisa, sia pure per un interesse collettivo?

Esaminiamo la cosa, piuttosto che con criterii aprioristici, con dati sperimentali di fatto, che sono poi gli unici conclusivi. E citerò alcuni fatti di mia osservazione diretta, prendendoli dalle varie epidemie vaiolose, che ho avuto occasione di osservare in varie condizioni di tempo e di luogo, per modo che la conclusione risulti il più possibilmente liberata dalle cause contingenti di errore.

***

A Riesi (Caltanissetta), il 3 marzo 1906, si inizia un'epidemia vaiolosa importata dal porto di Terranova Sicula, dove era forse arrivato il contagio per la via di mare dalla vicina Tunisia (1). Il comune era scarsamente e mal vaccinato, niente affatto rivaccinato; le condizioni igieniche pessime; la popolazione, prevalentemente di agricoltori e di lavoranti nelle prossime miniere di zolfo, si addensava in abituri malsani. L'ultima epidemia di vaiuolo datava da 25 anni prima. L'infezione disconosciuta ed abbandonata a sè stessa, passa di casa in casa specialmente nelle vie più luride e più affollate, colpendo ripetutamente le famiglie infette, e qualche caso compare anche fra le persone più pulite e più benestanti. Il 23 marzo — venti giorni dopo l'inizio — si hanno 21 denuncie per quella sola giornata. Mentre le misure sanitarie si limitavano fino allora al piantonamento a domicilio ed a bruciare gli effetti di uso dei morti, quando i parenti non li avevano precedentemente trafugati, interviene a questo punto il medico provinciale ed ordina la rivaccinazione generale di tutto l'abitato, mentre fa costituire un ospe-

(1) ILVENTO: *Alcune notizie sul decorso dell'epidemia vaiolosa verificatasi in Riesi nel trimestre marzo-maggio* 1906.

dale di isolamento e vi fa portare una quarantina di vaiuolosi. La vaccinazione è estesissima durante l'ultima decade di marzo e la prima consecutiva di aprile: secondo le referenze dei medici vaccinatori sono innestate 14659 persone su un totale di 16571 abitanti (circa il 90 %), e di esse 12353 con esito positivo (3495 prime vaccinazioni, 8858 rivaccinazioni). Una inchiesta diretta eseguita da me permise di accertare, che le referenze dei medici erano ottimiste, poichè minore era il numero dei vaccinati e più frequente il reperto negativo. Sta ad ogni modo il fatto della larghissima vaccinazione su popolazione ampiamente soggetta al contagio vaioloso. Il 28 marzo — mentre la rivaccinazione generale era al culmine — anche l'epidemia raggiungeva il climax: 28 denuncie. Deve riguardarsi questa una semplice coincidenza casuale?

Sembrerebbe; poichè dopo il 28 marzo l'epidemia cominciò rapidamente a declinare: il 2 aprile erano solo 24 denuncie, il 7 aprile 15 denuncie, colla fine di aprile cessazione dei casi nuovi. Non vorrei dire che questa rapidissima decrescenza e l'insolita cessazione completa del contagio a così breve distanza dall'inizio, derivasse solo dalla vaccinazione, perchè contemporaneamente furono attivate al massimo le misure di profilassi diretta: ricerca dei casi, isolamento rigoroso di tutti in ospedale, disinfezione. Certamente però in questo caso la rivaccinazione generale non esacerbò l'epidemia, come sarebbe dovuto avvenire se l'innesto producesse minorazione di resistenza in larghe zone di popolazione. Ma si può escludere che in qualche persona l'innesto vaccinico abbia minorata la difesa organica? Vedremo fra breve. Intanto accertiamo un fatto: l'epidemia fu domata in meno di due mesi e cessò un mese dopo la vaccinazione generale; il totale dei casi fu di 144, cioè su una popolazione di 16,570 una proporzione di 0.88 %; i morti furono 31, cioè il 12 % dei colpiti; la mortalità comune delle epidemie vaiolose di media intensità.

Alcuni dati più precisi e particolareggiati si potettero rilevare dall'esame dei 144 casi denunciati, i quali si presentano così distribuiti a riguardo della vaccinazione:

Vaccinati da meno di 30 giorni con esito negativo	10
Vaccinati da oltre 10 anni con esito positivo, rivaccinati di recente con esito negativo	14
Vaccinati da meno di 30 giorni con esito positivo	24
Totale . . .	48

Sono dunque 48 persone su 144 (33 %), che erano state vaccinate in epoca recentissima, per cui si potrebbe presumere che l'innesto vaccinico avesse facilitata l'esplosione del vaiuolo. Da questo gruppo però si debbono escludere le persone in cui l'innesto non attecchì, perchè questo non potette esercitare alcuna influenza, sicchè la percentuale si abbassa ancora al 16 %. Ma una cifra conclusiva si ha solamente, se si rapportano questi 24 casi fra vaccinati con esito positivo al totale della popolazione vaccinata o rivaccinata durante l'epidemia con esito positivo, cioè con attecchimento dell'infezione vaccinica. Il numero di questi sarebbe, secondo le referenze dei medici vaccinatori di 13,976 e la percentuale dei casi pari ad 1.8 per mille vaccinati positivi. Su questo gruppo di casi rimane accesa la discussione, poichè mancano elementi obiettivi di decisione e si può emettere tanto l'ipotesi che la vaccinazione abbia prodotto la rottura di equilibrio e favorito lo sviluppo di una infezione vaiolosa; tanto che si tratti di una semplice coincidenza, dovuta alla coesistenza dei due fatti nel medesimo gruppo di popolazione. Anche ammettendo la prima ipotesi però, si tratterebbe sempre di casi isolati e di speciali disposizioni individuali, che non influenzerebbero — abbiamo visto — la crescenza dell'epidemia. Ma vi sono fatti, che fanno inclinare piuttosto verso la seconda ipotesi. Rileviamoli.

In 17 su 24 casi la vaccinazione era stata fatta meno di 15 giorni prima del momento, in cui ebbe principio la febbre vaiolosa, sicchè le pustule vacciniche si trovavano a vario grado di sviluppo e seguirono il loro svolgimento normale. Alcuni casi furono specialmente caratteristici. Un bambino di 5 anni fu vaccinato e quasi nello stesso giorno cominciò la febbre vaiolosa. Le pustole di vaiuolo comparvero al 4° giorno di febbre; quelle di vaccino si completarono regolarmente al 7° giorno sul punto di innesto con decorso autonomo e con qualche ritardo sulle prime; decrostazione in 15ª giornata. Una donna di 34 anni, rivaccinata 15 giorni prima, aveva tre pustole in piena suppurazione al punto di innesto, quando cominciò la febbre vaiolosa. Le pustole vacciniche continuano il decorso nella forma tipica, disseccano e decrostano, mentre nei giorni consecutivi avviene l'eruzione di vaiuolo a piccole pustole, con caratteri distinti dalle prime, limitate alle mani ed agli avambracci; e queste seconde pustole seguono il loro corso. Un bambino di 8 anni, vaccinato otto giorni prima, aveva già due pustole, con principio di disseccamento, quando si iniziò l'infezione vaiolosa, che assunse il tipo di vaiuolo coerente. Le pustole vacciniche arrestarono a questo punto il

loro decorso e rimasero coperte di una crosticina. Quando la decrostazione era quasi cessata sulle pustole di vaiuolo, quelle di vaccino ritornarono in piena efflorescenza e prolungarono il loro decorso per altri 15 giorni. Questo caso rassomiglia a quello citato da Oettinger, in cui si trovavano in piena efflorescenza sullo stesso bambino e con caratteri bene staccati il vaiuolo, il vaccino e la varicella. I fatti citati rafforzano l'ipotesi che l'infezione vaiolosa e quella vaccinica siano due entità distinte, se pure i germi rispettivi siano molto vicini fra loro od anche derivino originariamente dallo stesso ceppo. La constatazione non ci può sorprendere dopo la dimostrazione fatta per un'altra malattia: la tubercolosi umana e quella bovina.

Di questi 24 vaccinati con esito positivo sono morti tre: due vaccinati da meno di 15 giorni, uno vaccinato da 30 giorni, in totale 0.21 per mille vaccinati positivi.

Risulta dunque da tali osservazioni un fatto: che un vaccinato con esito positivo può ammalare ed anche morire di vaiuolo, sebbene queste possibilità siano ridotte al minimo. Come si distribuisce la possibilità di ammalare secondo la data di vaccinazione?

Vaccinati o rivaccinati da meno di 15 giorni con esito positivo	N.	19
Vaccinati o rivaccinati da 15-30 giorni con esito positivo	»	5
Vaccinati da 1 anno con esito positivo	»	3
Vaccinati da 2 anni con esito positivo	»	3
Vaccinati da 5 anni con esito positivo	»	3
Vaccinati da 10 anni con esito positivo	»	3
Vaccinati da oltre 10 anni con esito positivo e non rivaccinati o rivaccinati con esito negativo	»	68
Non vaccinati o vaccinati da poco con esito negativo	»	40
Totale . . .	N.	144

Si può fare anche una tabella coi medesimi criterii sulla distribuzione dei morti:

Vaccinati da meno di 15 giorni con esito positivo	N.	2
Vaccinati da 15-30 giorni con esito positivo	»	1
Vaccinati da 2 anni con esito positivo	»	3
Vaccinati da 4 anni con esito positivo	»	1
Vaccinati da 6 anni con esito positivo	N.	1
Vaccinati da 8 anni con esito positivo	»	1
Vaccinati da oltre 10 anni con esito positivo e non rivaccinati o rivaccinati con esito negativo	»	5
Non vaccinati o vaccinati con esito negativo	»	15

Anche senza calcolare percentuali, risalta subito che l'assenza della vaccinazione rappresenta una grave causa predisponente; che la protezione data da questa è scarsa o nulla entro i primi quindici giorni, diviene maggiore dopo il 30° giorno e si mantiene negli anni consecutivi affievolendosi alquanto col passare del tempo.

Non può sorprenderci che un vaccinato contragga il vaiuolo, se nella medesima epidemia io ebbi occasione di constatare, che l'ufficiale sanitario del Comune aveva avuto tre pustole vacciniche nella prima età, di cui serbava nettissime le cicatrici; poi un infezione vaiolosa abbastanza grave al 12° anno; poi una nuova infezione vaccinica al 35° anno, per innesto in occasione della presente epidemia, con tre pustole a pieno sviluppo.

Certo la protezione, dovuta all'immunità acquisita naturalmente od artificialmente, varia da individuo ad individuo, e nella medesima persona può subire attenuazioni o sospensioni per indebolimento organico, malattie intercorrenti, traumi, perfrigerazioni ed in generale tutte le cause che possono menomare la resistenza dell'organismo.

* * *

L'epidemia vaiolosa di Palermo nel 1911, cui ho accennato più sopra, fu preceduta da un lungo stillicidio di casi, che cominciò nell'ottobre 1910 con una prima importazione da Napoli. Si seguì il criterio di isolare i singoli casi all'Ospedale di isolamento, di disinfettare a domicilio, di vaccinare tutte le persone, che avessero avuto contatto con gli infermi. Malgrado tutte le cure però, avvenivano sempre dei rapporti fra infermi ed estranei, prima che quelli fossero conosciuti ed isolati, avveniva il trafugamento di oggetti di uso infetti. Furono aperte sale di vaccinazione e fu indetta la vaccinazione generale, poichè la popolazione era scarsissimamente vaccinata, mai rivaccinata; mancava financo il controllo nelle scuole, come sarebbe obbligatorio per legge. Ma le sale restavano semideserte ed a stento nel giugno 1911, cioè dopo sei mesi di lavoro, si era vaccinato un quarto del-

la popolazione. Per colmo di guai la linfa vaccinica si mostrò prima debolissima poi del tutto inefficace, sicchè la percentuale degli esiti positivi scese prima sotto il 50 % e poi si arrivò ad eseguire nei primi di giugno circa 70 mila vaccinazioni con esito completamente negativo. Furono cambiati nel corso di questi sei mesi ben tre stabilimenti di produzione, ma l'esito fu sempre: una buona percentuale nelle prime operazioni, che si attenuava rapidamente per le partite consecutive. Si pensò o che i vaccinogeni, oberati di richieste, non ponessero troppa cura nella preparazione e spedizione; o che il lungo viaggio ferroviario, per raggiungere Palermo, ed il clima caldo danneggiassero il vaccino.

Nel giugno 1911 scoppiava a Palermo una grave epidemia colerica e la popolazione temette che l'innesto vaccinico potesse diffondere il colera, sicchè si dovettero sospendere le vaccinazioni. Contemporaneamente a Palermo si decideva di isolare i vaiolosi a domicilio, riservando l'ospedale comunale per gli infetti di colera. Chi conosce che cosa suole avvenire negli isolamenti a domicilio, può facilmente spiegarsi, perchè il vaiuolo divenisse rapidamente gigante e si raggiunsero le 70-90 denuncie al giorno nella sola città capoluogo.

Le stesse condizioni si ripetevano per i comuni della provincia: popolazione non vaccinata, resistenza violenta e tenace all'innesto di urgenza per timore che questo diffondesse il colera, mancanza di isolamenti e disinfezioni poichè gli organi antiepidemici comunali o non esistevano o non funzionavano; si avevano così tutte le condizioni favorevoli perchè l'epidemia dilagasse. E dilagò prima nei comuni più vicini al capoluogo, poi, in tutti gli altri.

La grave epidemia vaiolosa di Palermo nel 1911 fu descritta da altri, che ne rilevarono i rapporti con le vaccinazioni. Io accennerò a due soli episodii, importanti pel nostro argomento.

Vi era una caserma con 96 guardie di P. S. riunite in due grandi dormitorii collettivi, ma con vita comune a mensa, nelle ore di riposo, ecc. Non furono rivaccinate in occasione dell'epidemia. Uno di essi, il cuoco del gruppo, ammalò di vaiolo, fu prontamente isolato, ma non si vollero vaccinare gli altri, perchè si temette appunto che alcuni di essi potessero avere la malattia in incubazione e l'innesto vaccinico fosse di occasione all'inizio della malattia. Passano sei giorni e si ha un altro caso di vaiolo, isolato al primo comparire della febbre. Le esitazioni furono allora superate e si vaccinarono tutte le guardie con l'82 % di esiti nettamente positivi. Chiamiamo positivi gli innesti, che danno luogo almeno alla vescicola, poichè abbiamo osservato che la papula con prurito, che sorge fino dai primi giorni dell'incisione, si ha anche nelle comuni graffiature cutanee, quando vengono infettate dai piogeni banali. Non può dunque essere riguardata questa come una sicura prova di reazione vaccinale attenuata, come vien fatto abitualmente per i rivaccinati, ma piuttosto una forma di reazione cutanea verso un'infezione da piogeni attenuati, sia o non presente il virus vaccinico. Premessa tale considerazione, furono riguardati come esiti positivi nelle guardie anzidette quelli che dettero luogo a vescicole, sia pure a decorso abortivo. Nessun nuovo caso sorse fra queste persone. Ora io non vorrei assicurare, che siano state le vaccinazioni a fermare il corso dell'episodio epidemico, tanto più che ho riportato più sopra degli elementi, secondo i quali la protezione immunitaria dovuta alla vaccinazione comincia ad essere sensibile solo dopo 15 giorni da questa. Voglio solo concludere, che in questo gruppo di persone, gravemente esposte all'infezione vaiolosa, non derivò alcun inconveniente dall'infezione vaccinica a scopo immunitario.

Durante la medesima epidemia si ebbe un episodio epidemico gravissimo nel Comune di Villabate. Si può dire che quasi ogni casa ebbe uno o più vaiolosi; moltissimi casi furono occultati e si dovette soprassedere a molte misure, date le violenze della popolazione. Quando l'epidemia era al suo acme, il medico locale riuscì a vincere le resistenze e ad iniziare le prime vaccinazioni, che aumentarono di numero prima lentamente, poi più rapidamente, perchè la popolazione, constatato il nessun danno riportato, vi si sottometteva più volentieri. Pure nessun aggravamento epidemico si ebbe: la malattia seguì regolarmente la sua curva discendente e cessò senz'altro quasi un mese dopo l'inizio delle vaccinazioni generali.

* * *

Dati assai importanti scaturiscono da un'epidemia vaiolosa, che osservai durante l'estate 1919 in qualche località della Basilicata.

La vaccinazione antivaiolosa vi è dovunque trascurata, la rivaccinazione nulla. Il vaiuolo era penetrato due anni prima dalla vicina Puglia ed aveva serpeggiato qua e là, diffondendosi nettamente lungo le vie dei traffichi intercomunali: in ogni centro abitato acquistava una certa intensità e poi si diffondeva nettamente ai soli centri vicini con cui i rapporti di popolazione erano più intimi. In alcuni l'intervento tempestivo riuscì a realizzare un isolamento efficace a domicilio e la

malattia fu vinta ai primi casi; in altri l'epidemia dilagò. Prendiamo un esempio specialmente tipico agli effetti del nostro argomento.

A Tricarico (1), comune dove il vaiuolo non era comparso da oltre 30 anni, si ha durante la primavera del 1919 un primo caso di vaiuolo; interviene un medico vaccinista, innesta i famigliari ed attribuisce a questa sua azione la mancanza di nuovi casi. Si ha un nuovo caso di vaiuolo a molta distanza di tempo dal primo; interviene un medico non vaccinista, ritiene di aver realizzato l'isolamento a domicilio e, senza alcuna vaccinazione, non si hanno nuovi casi: dunque, si conchiude, la vaccinazione è per lo meno superflua. Ma quel comune è in continui rapporti con altri due — Tolve ed Irsina —, che sono gravemente infetti. Il vaiuolo ricompare e per ogni caso si discute se sia meglio vaccinare od isolare, ma non si isola nè si vaccina: l'infezione forma focolaio e l'epidemia comincia. Ecco il suo decorso sommario:

	Denunzie	Decessi
AGOSTO — I decade	1	—
II decade	5	—
III decade	69	10
Totale	75	10
SETTEMBRE — I decade	68	7
II decade	173	35
III decade	119	25
Totale	360	67
OTTOBRE — I decade	129	40
II decade		26
III decade	52	12
Totale	210	**78**
NOVEMBRE — I decade	8	7
II decade	1	—
Totale	9	7
Totale generale	654	172

(1) Debbo queste notizie alla cortesia del dott. Pietro Binda di Vicenza, che, come capitano della C. R. I., diresse il servizio antivaioloso in questo comune. Le notizie sulle vaccinazioni mi sono state date dal dott. Gambardella Vincenzo, maggiore medico della C. R. I., che diresse il servizio delle vaccinazioni.

I 654 casi per una popolazione di 8000 abitanti, quanta è quella del comune, rappresentano una morbilità dell'8 %, assai alta dunque; a questi debbono aggiungersi molti casi ambulatorii di vaioloide, che si sottrassero alla denuncia. La mortalità rappresenta quasi il 25 % dei malati; cifra altissima, che si spiega col fatto, che quasi tutti gli ammalati restarono a domicilio affidati alle cure domestiche, delle quali è facile apprezzare le manchevolezze nell'assistenza di una malattia per la cui guarigione l'igiene dell'infermo ha peso grandissimo.

Nel mese di agosto l'ufficiale sanitario riuscì ad eseguire circa 800 vaccinazioni in mezzo a molte resistenze. Naturalmente avvenne un fatto, che si ripete in tutti i casi di rivaccinazione generale presente epidemia: qualche infezione vaiolosa in vaccinati di recente. E poichè vi era una corrente antivaccinista, che faceva capo ad alcuni medici, questi casi furono messi in rilievo. Fu necessario perciò che nei primi di settembre la Prefettura di Potenza inviasse un apposito medico vaccinatore, il quale istituì una sala di vaccinazioni e svolse opera personale di propaganda, mediante la quale riuscì a fare durante tutto il settembre circa mille innesti col 50 % di esiti positivi.

Si potrebbe fino a questo punto pensare che questa massa di vaccinazioni, cadute su circa un quarto della popolazione, abbiano influito sull'ascesa epidemica, la quale raggiunse il *climax* nel settembre ed ebbe un secondo massimo nei primi di ottobre. Se però si costruisce il diagramma dell'epidemia, si vede che il massimo con una media di 20-30 denuncie al giorno cade nel periodo 8-19 settembre, nel tempo cioè in cui il medico vaccinatore non aveva ancora superate le maggiori difficoltà opposte alla sua azione, che restava ancora rudimentale. Inoltre è da tener presente la deficienza della linfa vaccinica, da cui si aveva una debole percentuale di esiti positivi.

La causa vera del *maximum* epidemico è dovuta piuttosto alla trascuranza di ogni precetto di isolamento e di disinfezione, per cui si può dire che l'epidemia si diffondesse come voleva. Gli infermi restavano in abituri bui, niente puliti, dove le visite dei vicini erano continue, dove si addensava un numero enorme di persone e non di rado i sani dormivano nel medesimo letto con gli infermi. Nelle vie e nelle case mancava affatto la pulizia più elementare e le mosche pullulavano a miriadi, come sogliono nel mese di settembre. Furono prescritte ed eseguite alcune misure di pulizia generale e di isolamento degli infermi; e

la curva epidemica ebbe una lieve inflessione. Ma il 24 settembre cominciò un nuovo massimo di 15-25 casi al giorno — inferiore perciò al primo —, che durò fino al 7 ottobre, quando cominciò la discesa permanente fino alla cessazione per lisi, che avvenne nei primi di novembre. Non riporto il diagramma per brevità, ma questi dati sommarii possono dare un'idea del decorso generale.

Ora il persistere dell'epidemia tolse ogni illusione, che la malattia cessasse per esaurimento spontaneo. Furono quindi mandati sul posto medici militari e di Croce Rossa, militari di Sanità e furono requisiti per ordine dell'autorità sanitaria tutti i militari in licenza, che si trovavano sul posto. Si potettero così organizzare quattro squadre di vaccinatori, che si divisero il comune e girarono casa per casa, mentre continuava ad agire la sala di vaccinazione. Furono fatte nei primi quindici giorni di ottobre 9000 vaccinazioni, cioè tutti gli abitanti compresi quelli già vaccinati con esito negativo il mese precedente. La nuova spedizione di linfa era attivissima e dava oltre il 90 % di esiti positivi. Se dunque in una circostanza la vaccinazione generale poteva attivare l'epidemia vaiolosa, questa era la presente: condizioni igieniche pessime, contagio diffuso dovunque, addensamento grandissimo e convivenza dei vaccinati coi vaiolosi. Pure l'epidemia seguì il suo corso discendente, senza nessun accenno al rialzo, e si estinse, malgrado che la cattiva stagione, pronunziatasi verso la fine di ottobre, aumentasse improvvisamente l'addensamento nelle case, dove erano ancora molti infermi a vario grado di decrostazione.

Nei primi di ottobre fu costituito un ospedale di isolamento; ma la resistenza della popolazione permise di portarvi solo 20 infermi fra le centinaia disseminati nell'abitato, che si può dire fosse tutto un ospedale. Furono organizzate squadre dirette da medici per le disinfezioni a domicilio e queste giravano ogni giorno casa per casa dove erano infermi, disinfettandone le biancherie e gli oggetti di uso dell'infermo; e poi, a fine di malattia per guarigione o morte, procedevano ad una disinfezione più completa.

È un fatto, che anche qui — come per gli episodii epidemici precedentemente citati — l'epidemia cessò dopo un mese dall'inizio delle vaccinazioni veramente generali e dopo 15 giorni dal completamento di queste. E gli ultimi casi furono in bambini nati da meno di 5 mesi e non ancora vaccinati. Si può dunque conchiudere con sicura coscienza, che alla cessazione dell'epidemia concorsero tre fattori: l'esserne già stati colpiti molti abitanti del Comune, le misure di profilassi, la rivaccinazione generale.

Aggiungo alcuni rilievi di un certo interesse circa questo episodio epidemico.

La distribuzione per sesso e per età può farsi secondo la tabella:

Gruppi di età	Denuncie			Decessi		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-1 anno	19	18	37	12	14	26
1-5 anni	105	84	189	35	29	64
5-10 „	41	49	90	7	8	15
10-20 „	70	73	143	10	9	19
20-30 „	30	114	144	3	26	29
30-40 „	8	15	23	2	2	4
40-50 „	10	5	15	3	—	3
50-60 „	4	1	5	1	—	1
oltre 60 anni . . .	3	—	3	—	—	—

Poichè il contagio si svolse in un ambiente poco o nulla vaccinato, si può dire che la predisposizione naturale ad ammalare di vaiuolo è massima fino al 30° anno, con un *climax* intorno al 5° ed uno intorno al 20° anno. La mortalità è specialmente rilevante fra gli ammalati intorno al 5° anno di vita. Sorprende la forte prevalenza delle femmine sui maschi nel gruppo 20-30 anni; ma si spiega con due considerazioni. In primo luogo questa fu un'epidemia domestica che, data la mancanza di isolamento, attaccò successivamente varii membri della stessa famiglia; e le donne sono più esposte a questa forma di contagio. In secondo luogo le incinte mostrarono una speciale disposizione ad infettarsi; furono vaiolizzate ben 48 donne incinte appartenenti a questo periodo di età: per 24 si ebbe esito in guarigione senza aborto (50 %); per 8 guarigione con aborto (16 %); per 16 morte preceduta da aborto (33%).

Meritano speciale ricordo i casi seguenti:

Una bambina, vaccinata nel primo anno con esito positivo con chiare cicatrici, fu rivaccinata al 6° anno per l'epidemia in corso ed ebbe altre tre pustole vacciniche nettissime a decorso intero.

La madre, vaiolata nel 1906, ha una bambina nel 1909, e questa viene vaccinata entro il primo anno con esito positivo. Rivaccinata nel 1919 durante l'epidemia, si hanno ancora tre pustole chiarissime che sono ancora coperte dalle croste, quando la madre — preoccupata dall'epidemia — fa eseguire una nuova vacci-

nazione sull'altro braccio con altre tre pustole ai punti vaccinati.

Un uomo subisce una prima rivaccinazione e dopo cinque giorni, dubitando dell'esito, si fa vaccinare ancora sull'altro braccio; i due gruppi di pustole compaiono e decorrono in maniera assolutamente autonoma, come se si trattasse di una infezione locale. Si può pensare che le ripercussioni immunitarie della vaccinazione sul resto dell'organismo avvengano solo in secondo tempo dopo l'infezione e la reazione locale?

Questa ipotesi sarebbe confermata da un'altra osservazione. Vi furono — abbiamo detto — più donne incinte vaiolate; alcune di queste avevano già condotta quasi a termine la gravidanza, sinchè dall'8° al 12° giorno dell'infezione partorirono un bambino vivo e vitale. Questi mostrarono tutti l'eruzione vaiolosa dal 5° al 10° giorno della nascita e morirono. Il contagio derivava dal sangue placentare? in tal caso si dovrebbe pensare, che le lesioni vaiolose cutanee riversassero continuamente nel sangue il virus specifico, il quale, circolando nei vasi, diviene causa di immunità alla madre, di infezione al feto. Il contagio avvenne invece dopo la nascita? ed allora si deve pensare, che, mentre la madre aveva il vaiuolo in atto, non si era ancora stabilita una solida immunità, o almeno il feto non ne aveva risentite le conseguenze.

Ricordo infine due persone vaiolate il 1886, che morirono di vaiuolo il 1919. Sono casi da ravvicinarsi a quello famoso di Luigi XV, riportato come tipo nella letteratura medica.

Questi fatti ci ammoniscono, che non si debbono costruire e mettere in circolazione schemi assoluti, ed assiomatici, come quello che vuol affermare l'assoluta immunità antivaiolosa pei vaccinati e pretende anche di fissare i limiti di tempo entro cui questo potere si esercita. Siamo in tema di fenomeni biologici, di conseguenze cioè derivanti dall'azione di forze a noi ancora ignote, di cui l'osservatore deve contentarsi per ora di registrare i fatti che costata, applicando a questi il criterio deduttivo delle probabilità. Ora i fatti ci dicono, che il vaccinato ha una morbilità bassa ed una mortalità bassissima rispetto al non vaccinato e che quest'azione protettiva immunitaria comincia a manifestarsi dopo 15 giorni dalla vaccinazione positiva ed è già assai intensa dopo 30 giorni. Ma la sua intensità e la durata variano da individuo ad individuo e possono affievolirsi per cause varie. I fatti dicono ancora che, se non può escludersi che in casi determinati la vaccinazione positiva faciliti l'infezione vaiolosa, certamente come azione di massa questo non è: si può vaccinare presente epidemia senza temere che questa sia aggravata e senza preoccuparsi di pericoli, che non esistono o esistono in misura certamente assai più limitata da quelli rappresentati dalla diffusione del contagio. Bisogna vaccinare presente epidemia, e vaccinare specialmente nei rioni, nelle case, nelle collettività, negli strati di popolazione, in cui il contagio non è ancora penetrato. Ma non bisogna illudersi pensando che la vaccinazione spenga *illico et immediate* l'epidemia. Se l'innesto è veramente generale e fatto con linfa efficiente, si potrà sperare questo risultato dopo almeno 30 giorni; ma se è incompleto e limitato ai soli conviventi dell'infermo, la malattia continuerà a serpeggiare a lungo. Vaccinazione dunque non esclude isolamento e disinfezione, anzi li completa.

Con questi concetti il medico e l'opinione pubblica non chiederanno alla vaccinazione ciò che non può dare, nè le attribuiranno colpe, di cui non è responsabile.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI ALGHERO.

Ernia inguinale congenita destra ed ectopia inguinale del testicolo sinistro — Monorchidia.

Dott. ATTILIO BALDUZZI

chirurgo primario e direttore dell'Ospedale civile e dell'Ospizio marino « Regina Margherita ».

Ho avuto occasione di operare di recente un malato affetto da ernia inguinale congenita destra, il quale presentava anche una ectopia inguinale del testicolo sinistro; e contemporaneamente ebbi ad esaminare un altro individuo della stessa età, in cui il testicolo destro era assente, o meglio ritenuto nella cavità addominale, mentre il sinistro, di volume normale, era posto nella loggia scrotale omonima. Le due osservazioni così semplicemente enunciate niente altro rappresenterebbero che un'anomalia di sviluppo degli organi genitali maschili, ma quando avrò riferito le storie cliniche e le circostanze in cui ebbi campo di fare lo studio dei due malati, le considerazioni da esse suggeritemi, che andrò esponendo, troveranno la loro giustificazione: esse si connettono con la tanto dibattuta questione, non ancora pacifica, della etio-patogenesi della deformità degli organi sessuali maschili.

Si sa che la ectopia testicolare non è una deformità frequente, e le statistiche raccolte

per stabilirne la frequenza sono molto scarse. Secondo Monod e Terrillon, la proporzione loro in genere sarebbe dell'uno e venticinque per mille. Dai rilievi fatti dal Consiglio di leva di Rennes (1891), la proporzione in Francia raggiungerebbe appena il sei sopra tremile e seicento, mentre per l'Inghilterra Marshall aveva dato la proporzione di undici sopra diecimila ottocento, con la riserva che in Inghilterra vigeva l'arruolamento, non la leva. Ho raccolto anch'io, poichè ebbi modo di poterlo fare, alcuni dati statistici da porre a confronto. Come sanitario di questa Casa penale sopra un totale di cinquecentosettanta detenuti, che rappresenta il movimento di quest'anno (1920), la deformità sessuale è rappresentata dai due casi che riferirò: la proporzione risultante è del tre e ventisei per mille. All'opposto, in novecentotre militari e novantasette prigionieri di guerra (totale mille), che ebbi a curare in quest'ospedale civile dal primo gennaio 1915 fino ad oggi (dicembre 1920), non riuscii a riscontrare quest'anomalia in nessun caso.

Le anomalie che può presentare il testicolo nel riguardo della sua migrazione sono riassunte nella seconda parte del quadro di Terrillon e Monod, riproduzione pressochè testuale di quello di Dentu:

Anomalie per vizio di migrazione	testicolo non disceso - Ectopia	in un punto del percorso normale (1ª varietà)
		fuori del percorso normale (2ª varietà)
	testicolo disceso - inversione	

1ª varietà	ectopia addominale	sotto-renale	Ciascuna di queste grandi varietà comprende un certo numero di suddivisioni
		pelvica	
	„ inguinale		
	„ inguino-scrotale		
2ª varietà	ectopia crurale		
	„ perineale		

Delle ectopie rare vanno ricordate: la pelvi-retrovescicale (Charpy, Desforges, Meriel); la perineale (Curling et Adams, Falaguier); la peniena (Göbell); la distopia trasversa inguinale di Lenhossek (Bottaro, Macan, Prankerer, A. E. Hertzeler, che ha riferito un esemplare associato con utero infantile). La ectopia del testicolo accoppiata con l'ernia inguino-superficiale addominale, come ebbe a denominarla il Küster, che la mise in rilievo, fu illustrata e discussa ampiamente in questi ultimi anni, ed i casi riferiti, a mia conoscenza, sono di poco inferiori alla trentina (Küster e Boyer, Marion, Broca, Dell'Acqua, Huecke; Viscontini, Palazzo, Lefort, Fasano, Göbell, Sellenings, Sertoli, Bruchi, Goyrand, Bourdon, Arron, Barbarin, Rochard, Gangitano, Greggio, Casagli, Crucilla, Büdinger, Le Dentu, Poupart).

La varietà di ectopia più importante chirurgicamente è la varietà inguinale, come nel primo dei due casi miei.

Il Frangenheim ha riferito di recente di dieci casi da lui operati, ed il Gloss uno. Secondo A. Broca essa si verificherebbe nel sessantasette per cento dei casi.

In generale l'importanza della ectopia testicolare si collega con i rapporti intimi di essa con l'ernia inguinale congenita, di cui la ectopia ne è sovente la causa; oltre di che può avvenire che l'ectopia imprima caratteri speciali all'ernia congenita. È appunto dal punto di vista di importanti considerazioni pratiche, funzionali ed operatorie che furono illustrate le ectopie di cui ho fatto testè menzione. Pur non dipartendomi da questi concetti, ad altre considerazioni non meno interessanti di indole diversa, ma pur sempre attinenti all'argomento ci guida un'attenta disamina dei due casi di mia osservazione.

CASO I. — G. Alberto, di anni ventisei, di ignoti. Madre viva ed in buona salute. Anche il padre naturale, che ha moglie legittima, vive ed è sano. L'a. è un gemello, e nacque per il primo; l'altro gemello morì pochi giorni dopo la nascita. Altri tre fratelli morirono bambini. Quattro sorelle e due fratelli minori tutti di lui, vivono e godono buona salute. Non sa dare indicazioni precise della sua infanzia. Ricorda di avere sofferto di catarro bronchiale a diciassette anni. Prestò servizio militare, e contrasse due ulceri al pene, delle quali ignora la natura. Si accorse fin da ragazzo di avere un'ernia inguinale destra e che il testicolo sinistro era trattenuto nel canale inguinale. Un fratello minore è affetto anch'egli da ectopia inguinale del testicolo sinistro..

L'a. è un individuo di media statura, di scarsa nutrizione generale. È un po' balbuziente. Nulla alla testa, al torace. L'esame delle orine nulla rivela di patologico. È un recluso e venne mandato qui da un altro stabilimento per essere operato della sua ernia. Questa nulla offre di speciale, è inguino-scrotale; è congenita perchè l'a. sa di averla fin da ragazzo di sei anni.

Il testicolo sinistro è nel canale inguinale, fa prominenza sotto la cute, si palpa, sembra un po' più piccolo del destro.

Con leggera trazione e spremendo dolcemente con le dita l'a. può far discendere il testicolo nella rispettiva loggia scrotale, che è ben sviluppata come la destra: abbandonato a sè il testicolo risale immediatamente nella sua sede inguinale.

L'operazione dell'ernia è praticata con l'anestesia locale. Da notare la esilità del sacco, rappresentato da una membrana esile circondata dalle fibre del cremastere; esso faceva corpo con gli elementi del cordone. Il sacco era chiuso in basso a livello quasi dell'anello inguinale esterno ma non riscontrai un vero

piano di clivage, perchè il sacco terminava inferiormente a punta di cono, dal quale si prolungava in basso fino a raggiungere la vaginale propria un sottile cordone (di Cloquet) che si confondeva con gli elementi del funicolo. L'operazione fu condotta secondo il metodo del Bassini. Guarigione *per primam*.

CASO II. — S. Valerio, di anni ventisei, anch'egli detenuto. Genitori vivi e sani. È il secondo di cinque maschi, dei quali nessuno è affetto dell'anomalia dell'infermo. Nacque a termine. Non avrebbe sofferto nessuna malattia della infanzia. Non prestò servizio militare perchè dai quattordici anni fu inviato nei riformatori, e poi condannato per furto.

È un individuo di media statura, dai delineamenti di adolescente, infatti non dimostra l'età di ventisei anni. È di discreta costituzione. La cute è nivea. Il pube è coperto di scarsi peli. Il pene è di dimensioni piuttosto infantili. Esaminando lo scroto colpisce subito il fatto che la metà destra delle borse è completamente assente, per cui tutto si riduce alla metà sinistra, nella quale si palpa un testicolo di poco più grosso di uno normale. Con un attento esame non si riesce a rintracciare un vero rafe mediano dello scroto. Non esiste un anello inguinale esterno perchè si palpano due robusti cordoni avvicinati che non lasciano adito neanche al polpastrello del mignolo. Rimane pertanto la impressione che manchi completamente un canale inguinale. Approfondendo l'esame non si riesce a percepire nessun indurimento che faccia credere possa trattarsi della varietà di ectopia preinguinale.

Le ectopie per lo più sono unilaterali, come l'anorchidia del secondo caso, la bilateralità è meno frequente, ed è raro riscontrare, come nel primo caso, la ectopia inguinale da un lato associata con la esistenza di un'ernia inguino-scrotale dal lato opposto; qui era a destra e ciò concorda con il fatto bene assodato della frequenza maggiore dell'ernia inguinale congenita dal lato destro, che si spiega con la persistenza più frequente del canale vagino-peritoneale da questo lato, come risulta dalle ricerche antiche di Camper, e da quelle più recenti di Ferè, il quale ultimo sopra sessantadue neonati di circa un mese notò: trentaquattro obliterazioni complete e sei incomplete bilaterali; il canale era completamente permeabile in otto, metà unilaterale a destra, e metà unilaterale a sinistra; dodici permeabili incomplete, di cui sette a destra e cinque a sinistra. Questa prevalenza a destra è confermata da H. Sachs. Dalla statistica ora citata del Ferè si rileva come il primo caso costituisca un fatto raro con l'ernia inguinoscrotale a destra e l'ectopia inguinale del testicolo a sinistra.

Qui è necessario richiamare alla memoria alcune nozioni di embriologia riguardanti la discesa dei testicoli, vale a dire gl'importanti cambiamenti di posizione di essi e degli organi rudimentarii che ad essi sono congiunti. Le varie opinioni intorno alla etiologia della ritenzione e della ectopia testicolare, che divergevano tra di loro a seconda delle diverse considerazioni anatomiche ed embriologiche riferentisi alla migrazione del testicolo, attualmente hanno dovuto cedere di fronte ai dati di fatto ed ai criteri obbiettivi anatomici assodati, per opera specialmente dell'Hertwig. Sappiamo che da principio i testicoli sono situati nella cavità dell'addome presso la porzione lombare della colonna vertebrale: quando questa ed il bacino con la loro muscolatura crescono in lunghezza, il legamento del Hunter non fa altrettanto, e quindi rimane corto, e poichè trovasi fissato da un lato al derma della regione inguinale e dall'altro al testicolo che è mobile, dovrà naturalmente tirare in basso quest'ultimo, che, per l'accrescimento delle parti vicine e per l'aumento in spessore della parete addominale, viene a trovarsi in prossimità dell'anello inguinale interno. Nel punto nel quale il legamento dell'Hunter attraversa la parete addominale si forma una estroflessione del peritoneo, che gradatamente spinge davanti a sè la parete addominale. Il tratto di evaginazione che attraversa la muscolatura della parete addominale forma il condotto inguinale, la cui estremità dilatata sarà contenuta dentro ad una piega cutanea che si sviluppa nella regione pudentale (cavità del sacco scrotale). Nella sua migrazione il testicolo s'impegna nel diverticolo peritoneale ora descritto, ma, osserva l'Hertwig, non si può affermare se il legamento del Hunter abbia parte in ciò.

Sembrerebbe dunque che la formazione del canale peritoneo-vaginale debba essere intimamente legata alla discesa del testicolo, se a questa concezione che parrebbe giusta a priori non si opponessero alcune disposizioni, come la ectopia inguinale accompagnata dalla presenza di un idrocele nella corrispondente metà dello scroto, le quali dimostrerebbero che quella intimità non esiste. Sono queste le vedute del Kölliker, secondo cui la formazione del processo vagino-peritoneale non avverrebbe perchè il testicolo nella sua discesa trae con sè spingendolo innanzi il peritoneo, ma sarebbe al contrario un fenomeno concomitante ed indipendente della discesa del testicolo. Anzi, secondo la teoria così detta della *preformazione* della vaginale, il cul di sacco rappresentato da questa precederebbe la ghiandola nella sua discesa. Con questa teoria resterebbero spiegate certe disposizioni anato-

miche. Allo stato normale quando il testicolo è arrivato in fondo alla loggia scrotale (poco prima o poco dopo la nascita) il canale peritoneo-vaginale si oblitera, e la tonaca vaginale costituisce il suo resto definitivo. Nello stato anormale, si hanno: 1° la persistenza anormale del canale peritoneo-vaginale, con o senza le conseguenze patologiche (ernie, idrocele, cisti del cordone); 2° i disturbi della migrazione del testicolo.

Nel primo dei due casi di mia osservazione ci troveremo nelle condizioni che depongono per la preformazione del canale peritoneo-vaginale; infatti tanto da un lato come dall'altro esisteva un canale peritoneo-vaginale completo, interamente permeabile. In quello di destra, avendo il testicolo compiuta la sua discesa totale, la conseguenza patologica avvenuta fu l'ernia inguinoscrotale con chiusura inferiore del sacco secondo le modalità riferite nella storia clinica. A sinistra, oltre la permeabilità completa del canale peritoneo-vaginale, come dimostra il fatto del testicolo che può essere tirato in basso nella loggia scrotale che avrebbe dovuto occupare normalmente, abbiamo constatato la esistenza di una ectopia inguinale della ghiandola, che per la particolarità sua dianzi esposta appartiene al così detto *testicule oscillant* dei Francesi.

Secondo A. Broca nella ectopia inguinale la coesistenza di una permeabilità anormale sarebbe una regola quasi senza eccezione; egli non l'avrebbe trovata mancante che due o tre volte; e quasi sempre la permeabilità sarebbe completa. Quale migliore conferma di quella del caso mio?

Naturalmente qui rimane in sospeso la questione della origine della ectopia del testicolo, ma di essa tratterò più in là.

Volendo spiegare la deformità nel secondo caso con la teoria della preformazione del canale peritoneo-vaginale dovremmo venire all'affermazione che l'assenza di questo fu la causa che si oppose alla migrazione del testicolo fino a raggiungere la sua sede normale nello scroto, e che per conseguenza il testicolo venne trattenuto nello addome. Ma in questo caso v'ha qualche cosa di più. Non solo non riscontriamo nessuna traccia nè del testicolo destro nè del canale peritoneo-vaginale, ma qui sono assenti la metà destra dello scroto ed il rafe mediano di esso, l'anello inguinale esterno ed il canale inguinale. Più che di un'anomalia qui siamo in presenza di una deformità vera e propria, se vogliamo giustamente definirla. La mancanza completa di tutte queste parti a destra ingenera l'idea che un nesso solidale presieda allo sviluppo di esse, che noi certo non afferriamo con la nostra mente. Dovremmo dunque per questo caso ritornare alla teoria che ammette che esista una relazione intima tra la formazione del canale vagino-péritoneale e la migrazione del testicolo verso lo scroto? Ci troveremmo pertanto nella curiosa situazione di dover adattare la teoria al caso, ciò che non è ammissibile. È meglio confessare che esistono dei punti oscuri intorno a questo argomento.

Si sa come dal punto di vista clinico è ritenuto che la ectopia testicolare possa ripercuotersi in conseguenza sullo sviluppo generale dell'individuo, e come sotto questo rapporto siasi parlato anche di grado a seconda che trattasi di una ectopia semplice o doppia. Eccezionalmente quando la ectopia è semplice il portatore di essa potrebbe essere un individuo robusto, con tutti gli attributi del sesso maschile. Al contrario l'ectopia duplice si riscontrerebbe in ragazzi deboli, gracili, poco sviluppati in rapporto alla loro età; oppure si accompagnerebbe con i caratteri del femminismo, con bacino largo, sovrabbondanza di adipe, verga rudimentale, assenza di peli. Insomma, con tutti i caratteri degenerativi. Questi piuttosto che come conseguenza della anomalia dovrebbero essere considerati con questa come gli anelli di una stessa filiera nel senso che tanto gli uni come l'altra rappresenterebbero le manifestazioni di un'anomalia che ha colpito l'individuo nel suo sviluppo. La concezione non è nuova, nè mi appartiene: essa fu messa avanti da A. Broca, che, riguardo alla etiologia della ectopia testicolare, disse che essa « ce serait un stigmate de dégénérescence quelquefois héréditaire ». In quest'ordine di idee fui attratto dalla disamina dei due casi osservati. Infatti, apprendemmo che il primo è figlio di una unione immorale, quindi di genitori moralmente insani, e pur volendo trovare da obbiettare sulla questione se tale circostanza possa o non avere influito come determinante patologica sulla futura sorte di quell' organismo, tuttavia, a fil di logica, non credo che essa debba scartarsi del tutto. In appoggio di essa noi ci troviamo dinanzi un'altra constatazione di fatto di un grande valore, cioè che un fratello minore dell'infermo è colpito anche egli dalla identica anomalia, la ectopia inguinale del testicolo sinistro. In questi due fatti io inclino a scorgere qualcosa di più di una semplice coincidenza: qui noi non dobbiamo fermarci alla constatazione di un' anomalia sessuale familiare, ma dobbiamo approfondi-

re l'indagine per la ricerca del vero significato loro; ed allora vien fatto di pensare se essi non stiano a rappresentare un carattere degenerativo che contraddistingue lo sviluppo di quegli individui. Ad aggravare le condizioni del primo infermo deve avere anche contribuito l'essere stato egli un gemello, condizione che già per sè stessa è causa di deficienza organica, perchè in generale i feti gemellari non sono mai così bene sviluppati e robusti come i feti unici, tanto è vero che il fratello gemello del nostro malato morì pochi giorni dopo la nascita. L'anamnesi del secondo infermo nulla ci apprende dal lato familiare e gentilizio, ma tenendo conto del complesso dei caratteri degenerativi rilevati a carico di lui, dell'anomalia riscontratagli e della sua condotta morale per la quale già dai quattordici anni dovette essere internato in un riformatorio per passare ai diciotto anni in reclusione, abbiamo un cumulo di elementi per poter ritenere che l'anomalia sessuale rappresenti in lui una stigmata degenerativa. Lo stesso ragionamento vale per il primo malato, per il quale l'anamnesi familiare costituisce una aggravante.

Un'altra constatazione di fatto conforterebbe il mio asserto. Dalle ricerche statistiche che ebbi agio di fare in ambienti tutt'affatto diversi risulta che mentre su mille militari, che ebbi in cura in quest'ultimo sessennio in quest'ospedale, non riuscii a ritrovare in nessuno l'anomalia in discorso, invece nell'ambiente carcerario in un anno la riscontrai due volte sopra cinquecentosettanta detenuti, con una proporzione del 2,26 per mille.

La ectopia testicolare e l'anorchidia potrebbero dunque rappresentare qualche cosa di più di una semplice anomalia degli organi sessuali maschili, di cui la ricerca della causa condurrebbe in un campo vasto ed elevato di induzioni che sconfinerebbe dai limiti e dall'indole del presente lavoro, per cui a me basti di avere data l'idea.

BIBLIOGRAFIA.

A. BROCA. *Chirurgie infantile.* — Paris, 1914.
E. KIRMISSON. *Précis de Chir. infantile.* — Paris.
MONAD et TERRILLON. *Traité des maladies du testicule.* Paris.
O. HERTWIG. *Elementi di embriologia dell'uomo e dei vertebrati.*
A. BREDA. *Malattie dell'apparato sessuale maschile*, in Trattato Ital. di chirurgia, vol. V, parte II.
KÜSTER. Arch. f. Chir., 1886.
SELLENINGS. Med. News, 1905.
VISCONTINI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 21, 1911.
CRUCILLA. Policlinico, fasc. 23, 1914.
FASANO. Policlinico, fasc. 41-42, 1910. — BOTTERO. Policlinico, fasc. 49, 1910.
FRAGENHEIM. Centralblatt f. Chir., 1920, p. 173.
GLASS. Centralblatt f. Chir., 1920.

Una strana lesione provocata al testicolo

(Caso clinico).

Dott. SANTI BIVONA.

Durante gli anni di guerra, per ottenere esoneri e riforme dal servizio militare, molti soldati si procurarono malattie simulate più o meno gravi in organi diversi. I genitali furono certamente i meno soggetti a simili manovre delittuose. Il timore di potersi produrre gravi alterazioni ledenti la funzionalità dei testicoli e la poca speranza che la malattia provocata fosse dai medici militari tenuta in debita considerazione per provocare la esenzione dal servizio militare, furono le cause principali che fecero relativamente rispettare i genitali da simili manovre. Per la peculiarità e rarità del caso clinico occorsomi, credo abbia un certo interesse la pubblicazione della relativa storia, riguardante una lesione provocata ad un testicolo.

C..., della classe 1890, in maggio 1917 fu chiamato sotto le armi e condotto a Messina, dove fu adibito a disimpegnare servizio territoriale. Dopo la disfatta di Caporetto, insieme ai militari della sua classe, fu equipaggiato ed accasermato, per essere pronto alla partenza per la fronte, ritenuta imminente.

Dopo 8 giorni gli fu data libera uscita, ma per timore di essere mandato sulla linea di combattimento, si recò da un farmacista, il quale per compenso provocava infermità, che potevano dispensare dal servizio ed anche procurare la riforma.

Mediante il tenue pagamento di L. 15, il farmacista al lato sinistro delle borse gli fece due iniezioni, con una grossa siringa, di un liquido che aveva messo in un bicchiere. Le iniezioni furono dolorose e provocarono un notevole gonfiore irritativo, doloroso, che raggiunse la sua massima intensità alle 24 ore. Dopo rapidamente questi fatti irritativi, dolorosi, si attenuarono in circa tre giorni, ma ne residuò un tumore, che, non arrecando molestie all'infermo, persistette senza subire variazioni di volume.

Passati i fatti irritativi, il C... marcò visita, la quale fu fatta dopo qualche giorno, da un medico, che ritenne il tumore testicolare essere di antica data e tale da non disturbare il servizio militare. Scoraggiato di non avere conseguito lo scopo prefissosi, non fece altri tentativi, per ottenere nuove visite mediche, temendo si avesse potuto accertare la simulazione della sua malattia.

Fu mandato in Albania e prese parte all'avanzata delle truppe alleate in Serbia. Condot-

to in riposo a Salonicco, in una marcia in una giornata di caldo, soffrì un'insolazione, per cui gli rimase pesantezza al capo ed una certa confusione d'idee, le quali durano tuttavia.

Il 15 agosto 1919, fu mandato a casa e divenuto libero dal servizio militare, ritornò a farsi promesso sposo colla giovane a cui aveva impegnata la sua parola, prima di andar soldato. Un fratello della sua promessa, che aveva fatto il soldato in sua compagnia e che era a conoscenza del tumore che egli aveva al testicolo, cominciò a fare delle insinuazioni a suo riguardo, relative a tale malattia. Il C... avutane conoscenza, ne provò forte rammarico e cominciò ad avere dubbi e preoccupazioni, che il difetto che si aveva procurato a Messina avesse potuto menomare il suo potere genitale. Il dubbio di non potere essere un valido marito divenne tormentoso, angoscioso. La rottura della promessa di matrimonio non arrecò miglioramento alcuno. Il C..., preso da malinconia, divenne taciturno, svogliato al lavoro, insonne e cominciò a commettere atti che facevano sospettare che egli maturasse la determinazione di porre fine ai suoi giorni.

Non avendo i consigli e gli affidamenti dei medici locali consultati apportato miglioramento alcuno al suo stato mentale, l'infermo nel febbraio scorso (1920) fu condotto a Palermo dove fu visitato da un sifilografo, il prof. Mannino, e uno specialista di malattie genitourinarie, il prof. Cimino.

Il Mannino non riscontrò segno alcuno di sifilide, ma, per aver maggiore sicurezza nel suo giudizio, consigliò la reazione del Wassermann, la quale riuscì negativa. Il Cimino dapprima ebbe dei dubbi che si fosse trattato di un rene sifilitico, ma, essendo questa infezione esclusa dall'esame già fatto e dall'anamnesi, opinò che il tumore fosse stato prodotto da iniezioni di paraffina. Praticò lungamente l'applicazione di compresse bagnate in acqua caldissima per accertare se il calore diminuisse la consistenza del tumore e credette, dopo il loro uso, notare una limitata mobilità fra i due poli dello stesso. Per ogni buon fine, consigliò di praticare iniezioni di calomelano per un paio di mesi, e nel caso che il tumore non avesse risentito influenza di sorta e lo stato mentale si fosse mantenuto perturbato, si avrebbe potuto fare l'emicastrazione per togliere la causa della psicosi che torturava l'infermo. Ritornato in famiglia il C..., ebbe praticate le iniezioni di calomelano senza alcun vantaggio. Continuò a stare taciturno e insonne, ad avere attacchi di angoscia come pel passato, con tendenza a commettere atti contro la sua persona.

L'infermo è giovane, di forte costituzione, di media statura, con notevole sviluppo delle masse muscolari. Sta taciturno con lo sguardo fissato in basso, risponde con poche parole e spesso con monosillabi alle domande che gli vengono rivolte. Crede che l'infermità del testicolo, gli abbia menomato la funzione genitale e una tale idea fissa, che nessuno argomento viene a modificare, lo tormenta, lo rende insonne ed agitato.

Al lato sinistro delle borse, al posto del testicolo, presenta un tumore duro della grossezza di un limone, a superficie regolarmente liscia, il quale, nella sua parte mediana, ha una depressione a solco, che la divide in due parti, una anteriore e l'altra posteriore, strettamente unite fra loro, ma a cui si può imprimere limitatissimi movimenti già constatati dal prof. Cimino. Il tumore nella sua parte postero-superiore si continua col cordone, che presenta un ingrossamento diminuente dal basso in alto fino all'anello inguinale esterno. La presenza di questo tumore che comprendeva il testicolo sinistro e si prolungava lungo il cordone, sicuramente agiva come causa depressiva sulla psiche dell'infermo e cagionava quella forma paranoica che da oltre 6 mesi, con lievi oscillazioni, si manteneva persistente e aveva dato luogo a tentativi di suicidio.

Il tumore, come sempre ha affermato l'ammalato, fu cagionato da due iniezioni di liquido imprecisato, fatte a Messina, quindi doveva supporsi dovuto a questa sostanza iniettata, e doveva in conseguenza considerarsi innocuo all'organismo. Ma essendo fallite tutte le cure fatte fino allora, per apportare la calma, vincere l'insonnia, stimolare l'appetito, ecc., il solo mezzo che appariva potere arrecare il miglioramento, era di fare scomparire il tumore con atto operatorio. Certamente non poteva assicurarsi che l'operazione avesse potuto dare lo sperato esito favorevole. Quindi, con tutte le riserve possibili, io proposi, come mezzo di cura, l'asportazione del tumore. Accettata questa mia proposta, mi accinsi all'atto operatorio, il 29 marzo 1920.

Rasi i peli della regione, fatta la disinfezione della pelle con alcool e tintura di iodio, mediante iniezioni interstiziali di una soluzione di cocaina con adrenalina, ottenni una sufficiente anestesia locale. Con incisione lunga dall'altezza dell'anello inguinale esterno alla parte inferiore della borsa sinistra, tagliai la pelle, la quale, a mezzo di tessuto infiltrato e duro, era attaccata fortemente alla sottostante tumefazione, con paziente e laboriosa dissezione, staccai questo tessuto anormale dalla pelle, dal setto e degli altri tessuti vicini che apparivano sani.

Il tumore era formato da due valve che coprivano il testicolo sinistro il quale appariva sano. Per cui stimai prudente non fare l'emicastrazione, ma spingere il lavoro di dissezione nella parte interna per liberare il testicolo e il cordone dal tessuto duro anormale che lo ricopriva. Il risultato finale dell'atto operatorio fu ottimo, essendosi conservato il testicolo e il suo cordone. Il taglio cutaneo fu suturato, la guarigione avvenne per prima intenzione.

Il risultato favorevole dell'intervento chirurgico con la conservazione del testicolo apportò un notevole e rapido miglioramento nel disturbo psichico. Il C... cominciò a prender sonno e ad avere fiducia nella sua guarigione. Si mise al lavoro, dapprima svogliato, ma in seguito, con graduale e crescente attenzione, cominciò a divenire socievole e dopo due mesi si poteva ritenere guarito dalla sua psicosi. Le due valve che involgevano il testicolo avevano lo spessore di 15 o 20 mm. Messi in alcool etilico furono mandati al prof. Ugo Soli, all'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Palermo, per l'esame istologico e il possibile accertamento della sostanza iniettata. Il risultato di questo esame, giusta la relazione mandatami dal prof. Soli, è il seguente:

« L'esame microscopico del tessuto inviato

dimostra ovunque la medesima struttura: si tratta di un tessuto di granulazione ad evoluzione già avanzata. Infatti si vedono ampie travate di tessuto connettivo fibroso, ricco di fibrille e povero di nuclei che in alcuni punti costituisce un tessuto compatto e in parte delimita degli spazi regolarmente rotondeggianti, vuoti. Il connettivo in molti punti ha subito una più o meno estesa canalizzazione. Si vedono in parecchi punti, focolai d'infiltrazione parvicellulari. Il tessuto è ricchissimo di vasi sanguigni di calibro alle volte considerevoli, con pareti per lo più fortemente ispessite. In taluni tratti, il tessuto è così finemente e regolarmente cosparso di cavità rotondeggianti, da assumere un aspetto alveolare tale, da ricordare quasi il parenchima polmonare. In questi punti le cavità alle volte contengono una sostanza che assume fortemente l'eosina e ricorda — pel suo aspetto — un poco la colloide tiroidea.

Diagnosi istologica. — Tessuto di granulazione di data non recente, prodotto da sostanza estranea di natura non precisabile.

Escluso completamente il dubbio di blastoma ».

Nella lettera di accompagnamento inviatami, il Soli mi scriveva inoltre: Non ho potuto stabilire la natura della sostanza iniettata, cosa che credo dovrebbe essere di notevole interesse scientifico, però l'avverto che pezzetti di tessuto tagliuzzati, essiccati e messi a bollire in acqua, lasciano separare una notevolissima quantità di grasso che certamente non è in proporzione a quello che può contenere un tessuto in adipe. Si tratta allora di iniezione di sostanza grassa, o addirittura di paraffina? Ad ogni modo è escluso in maniera assoluta che si tratti di vero tumore ».

Le iniezioni interstiziali di paraffina, per colmare depressioni, per correggere deformità apparenti, sono divenute frequenti in chirurgia. Potrebbe riuscire facile l'esame dei tessuti che furono infiltrati con tale sostanza, presentandosi eventualmente l'occasione del loro studio istologico. Io ignoro se un tale studio sia stato fatto e se le lesioni riscontrate siano analoghe a quelle superiormente riscontrate nel pezzo anatomico da me estirpato. Qualora una tale similitudine istologica per avventura fosse stata riscontrata o si dovesse riscontrare, allora si dovrebbe ammettere che la sostanza iniettata fosse stata la paraffina. Nel caso contrario in cui una tale corrispondenza di lesioni istologiche non ci fosse, allora dovrebbe fondatamente credersi che il liquido iniettato fosse di natura diversa. Ma purtroppo coi dati che abbiamo non è possibile stabilire la sostanza la cui presenza nei tessuti sia capace di provocare la formazione di denso tessuto di granulazione come nel caso superiormente riferito.

Menfi, ottobre 1920.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

L'eredità morbosa.

In qual momento si può parlare di eredità morbosa?

Un neonato, nutrito al seno, il quale presenti in seguito ad assorbimento del latte materno dei fatti morbosi, può essere considerato in preda ad influenza ereditaria?

Logicamente bisogna (Boulanger: *Le Scalpel*, 1920: conferenza tenuta nella Société Belge d'Eugénique) negare ciò. Nel caso in esame non vi è più eredità morbosa di quella che può riscontrarsi in un bambino divenuto malato in seguito ad ingestione di cibi contenenti una tossina od un veleno o non contenenti tutti gli elementi indispensabili al suo accrescimento od al suo tenore di vita. Un lattante dà segni di alcoolismo se la madre o la nutrice si alcoolizzano; un lattante soffrirà di beri-beri, di scorbuto, se la nutrice non gli somministra quei dati indispensabili elementi nutritivi: in ambo i casi non è certo in gioco l'eredità morbosa, così non lo è nei casi in cui il bambino contrae una infezione dai genitori.

Dobbiamo tener dunque lontano la parola eredità allorchè si parli di fenomeni da allattamento materno o da contatti fra genitori e fanciulli: avutasi la nascita non si può parlare di eredità, in quanto l'eredità si è stabilita molto tempo prima della nascita.

Vi è forse eredità dalla madre al figlio durante la vita intrauterina di questo? No: tal come non è possibile eredità nell'uovo di pollo allorchè è emesso: durante la gravidanza si può avere una trasmissione di infezioni, ma nessun fenomeno ereditario.

Supponiamo che una madre si avveleni in un certo momento della gravidanza; se il suo bambino presenta in seguito dei fatti patologici, possiamo parlare di eredità morbosa? In nessun caso. La madre è servita semplicemente di veicolo al veleno per l'embrione o per il feto: essa deteriora un organismo, lo uccide, magari arrestandone lo sviluppo, ma nulla a lui trasmette per eredità. Se trasmette la madre al figlio, durante la gravidanza, un microbo patogeno, essa lo contagia semplicemente, non gli trasmette nulla ereditariamente: così di contagio e non di sifilide ereditaria bisogna parlare allorchè i treponemi della madre passano attraverso la placenta nel feto.

Nè eredità, ma, il più sovente, infezione si ha anche quando l'uovo o lo spermatozoo, sono infettati da una qualsiasi malattia. Forel chiamò la deteriorazione dei germi nei genitori, blastoforia o falsa eredità: anche qui la pa-

rola eredità, sebbene proceduta dal « falsa », è fuori luogo perchè si tratta di un fenomeno che nulla ha a che fare con l'eredità: è una malattia della cellula riproduttrice la quale, deteriorata, cessa di esser capace, anche con l'unione con una cellula riproduttrice sana di sesso opposto, di riprodurre un essere normale, simile ai suoi progenitori. Utilizziamo per esperienze infatti invece dell'uomo o della cavia, una stella di mare o un pesce le cui uova sono emesse non fecondate, ed i cui spermatozoi sono portati nell'acqua al disopra delle uova: se in un certo momento noi deterioriamo le uova o gli spermatozoi con un qualsiasi veleno, è chiaro che non si avrà nessun fenomeno di eredità.

Noi non parleremo adunque di eredità morbosa, se non quando le cellule riproduttrici trasmettono dei caratteri morbosi che i genitori posseggono: questi caratteri non debbono fatalmente essere identici a quelli dei genitori, ma esprimere una modalità di reazione patologica alle influenze esterne; la qual cosa spiega come l'eredità morbosa più frequente non è simile, ma dissimile.

DEGENERAZIONE E DIATESI.

I discendenti di esseri intossicati o malati, non somigliano ai genitori: sono deboli, meno vigorosi, con affezioni nervose o mentali, che non hanno avuto i loro procreatori; essi sono dei deteriorati, dei degenerati. L'origine del male in tal caso va ricercata non nelle vittime, non nelle cause immediate che le circondano, ma nei genitori apparentemente sani e vigorosi: può esser l'alcoolismo cronico, accentuato, di uno o di ambo i genitori, ovvero l'alcoolismo progressivo di una serie di coppie procreatrici, ed allora la degenerazione si impianta, irrimediabile, dopo varie generazioni. Tuttavia bisogna ammettere che un degenerato non dà luogo fatalmente ad un essere più degenerato di lui, ma che in certi casi è possibile una rigenerazione temporanea o definitiva. Guardarsi bene, però, dal credere che un essere sia indenne da degenerazione sol perchè non presenta le stesse tare dei genitori: un epilettico potrà avere più figli non epilettici ed epilettici, ma i primi saranno dei deboli fisici, dei deboli mentali, dei deboli morali, dei tarati insomma; nel mentre esseri normali non ve ne saranno mai.

La degenerazione è dunque dovuta alla blastoforia o deterioramento delle cellule riproduttrici. Stabilitasi questa deteriorazione, essa diviene in seguito ereditaria e si propaga di generazione in generazione senza poter esser debellata anche con incroci con soggetti sani e normali.

Una intossicazione passeggera è, ora, capace di produrre questa deteriorazione?

Pinard l'ammette per le intossicazioni e per le infezioni: tifo, influenza, gotta, reumatismo articolare. Charrin lo ha dimostrato sperimentalmente.

L'alcool, la cocaina ed altri veleni sono capaci di produrre quei disturbi che diverranno in seguito ereditari, anche dopo una sola intossicazione.

L'EREDITÀ MORBOSA.

Noi vediamo dunque che la degenerazione e la diatesi sono ereditarie; ma noi le abbiamo viste nascere; è la deteriorazione delle cellule riproduttrici che le ha prodotte. Oltre ciò, sembra che esistano alcune malattie nettamente ereditarie ed alcune ad eredità similare. Esse sono le più rare e per la razza non presentano realmente danni reali e profondi.

Un'infermità ereditaria frequente è il sordo-mutismo: la consanguineità non ha alcuna importanza per produrla, ma allorchè la sordità esiste, essa si riprodurrà con facilità nei discendenti dei consanguinei.

Si potrebbero citare anche dei casi di atassia famigliare, di paraplegie spastiche, di amiotrofie, idiozie amaurotiche, di mioclonie ed anche di demenza precoce, che sono dunque ereditarie.

Infine l'emofilia è uno dei tipi di malattie ereditarie: ma mentre i sordo-muti tendono a divenire numerosi, gli emofilici no. Eugenicamente dunque l'eredità morbosa ci insegna che bisogna impedire ai rari emofilici, ai numerosi sordo-muti, ad alcuni atassici familiari, di riprodurre, e che oltre a questi bisogna evitare la produzione dei degenerati e diatesici, degli isterici, epilettici, paralitici, deboli di mente, mostri, ecc. Ma ciò sarà inefficace finchè la società permetterà agli individui di deteriorare i loro germi con i veleni sociali od industriali, poichè nuovi degenerati e diatesici si formeranno a mano a mano che moriranno gli antichi chiusi in asili o colonie, nell'impossibilità di riprodurre.

CONCLUSIONI.

Se vogliamo brevemente conchiudere diciamo che non si possono chiamare malattie ereditarie altro che quelle le quali, esistendo in uno o nei due progenitori, si trasmettono ai discendenti secondo le leggi di Mendel, Galton, Naudin; ovvero la degenerazione che produce nei discendenti una serie di tare patologiche dissimili (isteria, epilessia, imbecilli-

tà, mostruosità, ecc.), ma ripetentesi nelle generazioni successive quasi irremissibilmente. La degenerazione non è ereditaria che alla seconda generazione: prima, non è che l'espressione della deteriorazione dei germi nei primi progenitori.

MONTELEONE.

SEMEIOTICA.

I riflessi dell'apparato genito-urinario.

(J. M. BARTRINA. *Presse Médicale*, aprile 1921).

Il ganglio simpatico mesenterico inferiore scoperto da S. Gil Vernet e F. Gallart Manès nel 1920, nell'uomo, stabilisce relazioni manifeste fra i plessi renali, fra il plesso reno-ureterale e la vescica, il colon e il retto, l'utero e gli annessi nella donna, la prostata e le vescichette seminali nell'uomo e, probabilmente, il testicolo, l'uretra e i corpi cavernosi del pene. L'A. nota la necessità di studiare sulla guida di tale reperto anatomico tutti quei fenomeni che si raggruppano sotto la denominazione di sintomi riflessi dell'apparato urinario. Dedicandosi specialmente allo studio dei riflessi reno-renali cita un caso riguardante un infermo di 34 anni affetto da calcolosi renale destra. Operato due volte, le coliche renali si erano mantenute invariate e l'esame radiografico dimostrava la presenza di un calcolo nel bacinetto del rene destro. La quantità di urea eliminata era assai al di sotto della norma, la costante ureo-secretoria di Ambard elevata. Col cateterismo degli ureteri si ottennero nelle 24 ore quantità uguali di urina tanto a destra che a sinistra; però la concentrazione ureica a sinistra era il doppio che a destra.

Lasciando *in situ* i caratteri per 3 giorni, si ebbe un aumento di quasi del doppio dell'urea eliminata, mentre di poco variavano i volumi.

L'A. ammette che in tal caso si aveva una inibizione renale riflessa, e che, sotto lo stimolo del cateterismo, veniva eccitato il plesso simpatico renale con un miglioramento della funzione. Si poneva quindi il quesito di un intervento chirurgico che portasse all'abolizione del riflesso reno-renale, ma le condizioni dell'infermo, e specialmente la scarsa eliminazione ureica, che era scesa sino a gr. 1 per litro, e l'alto valore della costante di Ambard imponevano numerose riserve.

L'infermo volle essere sottoposto ad intervento.

Questo consistè in una nefrectomia. Nei due giorni consecutivi all'operazione si ebbero fenomeni gravi; polso piccolo impercettibile, respirazione superficiale frequente, sudori freddi, estremità fredde. Quantità dell'urina emessa 150 cmc. Il terzo giorno le condizioni migliorarono, la quantità dell'urina salì a cmc. 2000, l'urea a 34,206 per mille. Il miglioramento continuò progressivo, sino ad una quasi completa guarigione

Il caso riferito suggerisce all'A. numerose considerazioni sull'importanza dell'elemento nervoso nelle diverse affezioni renali. Egli ritiene che la semplice nefrolisi, o anche l'isolamento dei vasi del peduncolo renale possano essere di grande efficacia in casi determinati.

TR.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

La diagnosi ginecologica. Errori per spostamento di organi.

(R. PETERSON. *The Amer. Journ. of. Obstetrix and Ginec.* Novembre, 1920).

La facilità di una laparotomia esplorativa svaluta attualmente tutti gli accorgimenti, le fini osservazioni e le sottili deduzioni che una volta si mettevano in opera per arrivare ad una diagnosi difficile. Ciò non è giusto. In alcuni casi può pure esserci controindicazione ad una laparotomia esplorativa, anche se questa non importi immediato pericolo. In altri casi, se può bastare la diagnostica clinica, perchè imporre crudelmente un'operazione chirurgica a chi si affida alla nostra scienza e alla nostra coscienza? Affinare dunque le armi diagnostiche non chirurgiche è sacrosanto dovere sempre per il Medico.

Voglionsi qui riportare alcuni casi, nei quali, se la storia clinica e l'esame obbiettivo fossero stati accuratamente eseguiti, metodicamente e con spirito critico valutati, si sarebbe potuto arrivare ad una diagnosi corretta senza troppe difficoltà, risparmiando alle pazienti il castigo crudele di un'operazione inutile.

Caso 1° — Prolasso della tromba destra attraverso un'incisione colpotomica interpretato per granuloma. Forte emorragia per l'escissione di un pezzo per l'esame microscopico.

Mrs. H. J. A., operata di colpotomia per un accesso pelvico di destra, dopo un anno e mezzo si presenta all'esame obbiettivo per un dolore pelvico che l'affligge da parecchio tempo. L'utero è ingrandito e fisso, ambedue gli annessi aderenti alla pelvi e dolenti, in corrispondenza dell'antica incisione si sente protrudere un corpicciolo irregolare della grandezza del polpastrello del mignolo, che con lo speculo si mostra color cresta di gallo. Si escide un pezzettino per l'esame microscopico, e una intensa emorragia segue, che vien frenata solo con lo zaffo vaginale. Si diagnostica granuloma. L'e-

same microscopico giudica invece che è una porzione di Tromba. La laparotomia conferma questa diagnosi e rimuove le due tube ed un'ovaia. Orbene, bisognava arrivare clinicamente alla diagnosi corretta: un granuloma inciso non può sanguinare tanto quanto fece quella Tromba; un prolasso degli annessi dev'essere tenuto in considerazione dopo un'incisione od una rottura del fornice vaginale posteriore. Non è difetto di Scienza una inettitudine a sapersene servire che guida ad errori simili di diagnosi.

Caso 2° — Rene cistico nella linea mediana apparentemente venuto fuori dalla pelvi interpretato per cisti ovarica.

Mrs. S., di anni 64, vedova, con menopausa da 16 anni, un anno fa cominciò a sentir fastidio e dolore nella regione lombare e nel fianco destro; tre mesi fa le si disse che aveva un tumore. Avverte disturbi di stomaco, senso di pressione e di dolore alla defecazione. All'E. O. l'addome è uniformemente disteso, un po' più a destra che a sinistra, da una massa che a destra arriva alla spina iliaca anterior-superiore e all'arcata costale, mentre a sinistra dista due dita dalla spina iliaca anterior-superiore e non arriva all'arcata costale; detta massa è molle, elastica, fluttuante; ottusa a destra, timpanitica a sinistra, alla percussione; appena appena vien raggiunta dal polpastrello del dito esploratore ad un riscontro vaginale, a livello dello stretto superiore. L'utero è atrofico, gli annessi non si palpano. Si diagnostica cistadenoma dell'ovaio destro. Si opera e si trova un rene cistico che spingeva l'intestino cieco a sinistra e non contraeva rapporti con la pelvi. Orbene, clinicamente bisognava fare la diagnosi: v'era una storia netta di dolore al fianco destro insolita nei cistadenomi; non era stato tenuto il conto necessario del timpanismo rilevato nella parte sinistra del tumore; non si era ricorso, come di dovere, all'esame urologico, il quale avrebbe mostrato al cistoscopio manchevole il flusso dell'urina al lato malato, ovvero flusso continuo e non intermittente, e avrebbe dato importanti reperti al cateterismo ureterale e consecutivo esame funzionale.

Caso 3° — Enorme rene cistico sinistro preso per cisti ovarica.

Mrs. G. L., di anni 47: quattro anni fa scoprì una massa dura della grandezza di un acino d'uva nel quadrante inferiore sinistro dell'addome, che da allora è andato sempre più distendendosi, senza che lo stato generale ne risentisse, e senza neppure disturbi locali. All'E. O. si nota una massa che in alto arriva all'apofisi ensiforme, e a destra invade tutti e due i quadranti superiore e inferiore, mentre sembra originarsi dalla pelvi a sinistra ove riempie di sè tutto il quadrante inferiore addominale; è liberamente movibile, ed è spostabile anche nella metà destra dell'addome; il suo punto più prominente è a sinistra tre pollici in sotto e in fuori della cicatrice ombelicale; ha un polo superiore più piccolo, solido, e duro, e un polo inferiore più grande nettamente fluttuante; è facilmente palpabile al riscontro vaginale, e dà una sensazione netta di fluttuazione. Si diagnostica cistadenoma multiloculare dell'ovaio. Si opera e si trova cistico il rene sinistro, donde si aspirano 2200 cmc. di liquido prima di eseguire la nefrectomia. Anche qui si aveva il dovere di far bene la diagnosi: la storia parlava di una piccola massa, quattro anni prima, nel quadrante inferiore sinistro dell'addome; l'esame dell'utero e annessi completamente normali doveva far pensare ad un'origine extrapelvica di una tumefazione che nella sua massima esplicazione sembrava intrapelvica; non doveva trascurarsi l'esame uroscopico; non l'esame rettale. È colpa del Medico, se si esamina il caso con un preconcetto, senza tener tutti gli elementi in conto.

Caso 4° — Rene pelvico congenito in donna senza vagina, preso per ematometra e punto per mezzo di una incisione tra vescica e retto.

Miss M. Z., di anni 17, è stata sempre sana pur non avendo avuto mai mestruazione. Una volta mentre parlava si sentì nervosissima, tetra, molto irritabile, pur senza alcun dolore, il che la costrinse a letto per tre settimane; ogni tanto, d'allora, simili attacchi si sono ripetuti. Nell'addome un dolore sordo si è notato poi, ma nessun dolore acuto. All'E. O. i caratteri sessuali femminili perfettamente normali, clitoride e labbra normali, meato urinario largo con eversione della mucosa, ostio vaginale assente, esame rettale indeciso ma indicante però una massa rotondeggiante all'estremo del dito esploratore. Si diagnostica Ematometra. Si procede all'operazione: dissezione del perineo, arrivo sulla massa dura, incisione di questa: ecco venir fuori invece del sangue ristagnato nell'utero presunto, un'abbondante emorragia che a stenti si frena col tamponamento: era un rene cistico pelvico, con assenza di vagina e di utero. Anche qui era doveroso far la diagnosi prima: l'esame uroscopico e funzionale completo del rene, l'esame radioscopico delle logge renali ce l'avrebbero fatta fare, sol che avessimo pensato, com'era di dovere, al rene per una massa della pelvi in caso di aplasia di una data se-

zione degli organi genitali. Prima di far un'operazione sull'apparato genito-urinario è assolutamente necessario di averne nozione completa con tutti i mezzi che la scienza attualmente ha sotto mano. Casi simili sono riportati nella letteratura medica e da essi si sarebbe dovuto apprendere.

Caso 5° — Milza ectopica aderente alle pelvi fissata su di un utero retroverso, interpretata per un fibroma uterino.

Mrs. S. W., di anni 39, all'età di 19 anni ebbe una grave caduta, in seguito alla quale non potè camminare, e avvertì forti dolori nel basso ventre. Questo stato migliorò, ma ogni tanto, indipendentemente dalla mestruazione, avvertiva i dolori addominali. Si maritò. Ora è grandemente obesa. L'E. O. è molto difficile, però si riesce a notare una massa nelle pelvi, piuttosto dura, più verso destra, dolente, che poggia su di un utero retroverso. Si diagnostica fibroma probabile dell'utero. Per evitare alla paziente obesa una laparotomia si tentò la via vaginale, ma per la grossezza del tumore si dovette ricorrere alla via addominale: si trovò una milza ectopica aderente al peritoneo vescicale che fu portata via e per il che nessun disturbo si notò. La diagnosi clinica qui veramente era molto difficile per causa anche dell'obesità della paziente, oltre che delle aderenze contratte dalla milza migrata. L'incisura splenica non si poteva rilevare. C'era però la storia che meritava una più attenta valutazione: una caduta, che, d'altronde, non s'accompagnò con la sensazione di una massa che scendesse dall'alto al basso. Vien fuori un nuovo metodo di osservazione radioscopica, lo pneumoperitoneo, l'iniezione cioè intraperitoneale di ossido nitroso o di ossido di carbonio, che, perfezionato, metterà il Medico nella condizione di diagnosticare con sicurezza una milza ectopica.

Da questi casi e da moltissimi altri nei quali le diagnosi più strane furono formulate (p. e. il caso di Chadwick in cui uno stomaco prolassato fu aspirato dal fornice posteriore nella convinzione che si trattasse di ascesso pelvico) quando avrebbero potuto essere evitate e stabilite con precisione prima dell'operazione, si deduce:

1° che la storia clinica non è un lusso, ma va attentamente discussa e vagliata;

2° che l'esame obbiettivo deve tener conto e poter spiegare tutti i particolari del reperto;

3° che gli esami sussidiari chimici, radioscopici, uroscopici, di laboratorio, ecc., vanno tutti messi a profitto per dare ad una diagnosi un'impronta di certezza, che non è dignitoso nè umano voler trovare in un'operazione chirurgica, che si può evitare.

N. GENTILE.

CHIRURGIA.

Il processo cancrenoso nell'angina di Ludwig.

(E. L. PEYRE. *Presse Médicale*, 3 novembre 1920)

Si è molto discusso se l'angina di Ludwig fosse un'entità nosologica a sè, oppure una forma flemmonosa comune. L'A. crede che il problema va posato in questi termini: l'angina di Ludwig è essenzialmente un flemmone o una cancrena? E ritiene che con la seconda ipotesi si potrebbe giungere a concezioni più chiare sulla sintomatologia, sulle lesioni che si riscontrano, e sopratutto a una linea di condotta operatoria più precisa. Riferisce un caso che clinicamente è tipico per la cancrena, sebbene manchi l'esame batteriologico. Si tratta di una paziente di 42 anni, nella quale si sviluppò una angina di Ludwig dopo un'estrazione dentaria: l'A. al secondo giorno interviene con un'incisione mediana mento-ioidea, senza anestesia. Inciso il miloioideo fuoriesce scarso liquido brunastro, fetidissimo, e gas sotto pressione. Un piccolo sbrigliamento bilaterale permette al dito di asportare frammenti sfacelati di odore ripugnante: si stabilisce un'irrigazione continua con liquido di Dakin. Otto giorni dopo, mentre già vi era notevole miglioramento, la paz. ha brivido, febbre alta, e lo stato generale diviene grave. Nulla alla regione sopraioidea; la guancia sinistra è gonfia e calda, l'edema collaterale è cospicuo, il dolore alla pressione si presenta netto in avanti della branca montante del mascellare inferiore. S'incide secondo la linea di Jager (dalla commissura labiale alla branca montante) e con la sonda scanalata si svuota una piccola raccolta come la precedente: irrigazione col Dakin. Notevole miglioramento: dopo dieci giorni tumefazione crepitante alla regione temporale, sottorbitaria, e mastoidea sinistra (le precedenti tumefazioni non erano crepitanti, per la profondità del focolaio), temperatura elevata, buono stato generale. L'incisione evacua pochi detriti fetidi e gas: l'irrigazione continua ha presto ragione della complicanza e la malata entra definitivamente in convalescenza.

In questo caso, piuttosto che a successive metastasi della primitiva localizzazione sopraioidea, l'A. pensa a tre manifestazioni indipendenti, provenienti ciascuna dallo stesso fatto

iniziale, la lacerazione della fibromucosa alveolare, per la quale penetrano batteri divenuti virulentissimi, che possono seguire la via venosa o la linfatica, o entrambe. In ciò segue l'opinione di Sebileau, che descrive queste due forme di setticemia boccale, la linfoflemmonosa e la fleboflemmonosa. La prima può sussistere senza risentimento glandolare, per diffusione della linfangite ipervirulenta al cellulare circostante. E si può avere una tossiemia mortale con un minimo di disordini locali, come in certe forme di cancrena. Nel caso clinico riferito la localizzazione sopraioidea si può ritenere una cellulite consecutiva a linfangite; le altre due localizzazioni si spiegano con la diffusione per via venosa, conforme alle divisioni della mascellare interna.

Per l'etiologia l'angina di Ludwig è simile a quasi tutti gli altri flemmoni del collo, si riporta cioè a lesioni della mucosa boccale e ai germi che su questo vegetano, abitualmente attenuati, nonchè alla carie dentaria. Gli esami batteriologici, non molto numerosi, vanno rivelando nell'angina di Ludwig una certa prevalenza degli anaerobi, spesso associati a streptococchi.

L'analogia con la cancrena è grande nella sintomatologia e nell'evoluzione. Malessere generale all'inizio, subito seguito dalla tumefazione del pavimento boccale; tratti alterati, faccia terrea, occhi cerchiati. Presto si ha delirio, insonnia, dispnea soggettiva non sempre in rapporto col reale impedimento meccanico (dispnea tossica, bulbare): febbre modica, non sempre in rapporto con la gravità dell'infezione, polso celere e debole. La tumefazione si mostra poi nella regione sopraioidea, è talora notevole, e dura; se non s'interviene e se il malato non soccombe prima, comincia la mortificazione, appaiono flittene rossastre, la pelle diviene violacea, e sopraggiunge la morte nel collassc

Nélaton, Boehler, Reclus, considerano l'angina di Ludwig un comune flemmone del collo; Leterrier, Delorme, Reynier, Tissier, Demoulin, Delbet vedono invece la prevalenza del processo gangrenoso sull'infiammatorio; Heyfelder ne faceva una cancrena primitiva. Sebileau le fa un posto a parte nella serie delle setticemie boccali. Tutti concordano nel riconoscerne la gravità, poichè dà circa l'80 % di decessi. L'A. ritiene perfettamente paragonabili le lesioni dell'angina di Ludwig a quelle descritte da Lardennois e Baumel nella cancrena, con le sue tre forme, ipertossica, edemizzante, tumefacente. Raccomando di non confondere l'ascesso caldo sopraioideo, tanto più benigno, con l'angina di Ludwig.

L'A. conclude che l'angina di Ludwig va considerata come un processo mortificatore puro, complicato a tossiemia sovente fatale, provocato tipicamente dagli anaerobi. Neanche ammette si debba parlare di flemmone cancrenoso, per l'assoluta prevalenza dei fenomeni di infezione generale sui fenomeni flogistici locali.

Ammessa l'identità con la cancrena gassosa, s'impone un intervento il più possibile precoce. Viene proposta l'incisione orizzontale sottomascellare (Delorme, Forgue), l'incisione verticale mediana, o due incisioni verticali, distanti un centimetro, parallele alla linea mediana, per aprire sicuramente entrambe le logge (Delbet).

Evitare il cloroformio, o, meglio, evitare ogni anestesia, ed abbreviare l'operazione, già per sè poco dolorosa, specie sui tessuti profondi necrosati. Occorre traversare il miloioideo: è utile completare l'incisione mediana verticale con due colpi di forbice trasversali per aprire in ogni caso entrambe le logge sottolinguali. Più del drenaggio è utile l'asportazione digitale dei tessuti sfacelati: far seguire applicazioni iodiche biquotidiane nella cavità, o meglio l'irrigazione continua col liquido di Dakin, che produrrà la dissoluzione istolitica dei frammenti muscolari, e aggiunge all'azione chimica quella meccanica di lavaggio.

Non è da trascurare una sieroterapia anticancrenosa intensiva.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

STURSBERG: *Technik der wichtigsten Eingriffe, in der Behandlung innerer Krankheiten.* — Editori Marcus e Webers, Bonn.

È un breve trattato di tecnica medica, scritto con molto ordine, con semplicità e chiarezza. L'A. non perde mai di vista il suo obbiettivo, che è quello di dare nozioni pratiche: nessuna discussione teorica, nessuna enumerazione dottrinale di metodi molteplici.

Le manovre tecniche, che egli espone, sono le più abituali: l'iniezione sottocutanea o endovenosa, le punture esplorative, la lavanda gastrica, il salasso, il clistere, ecc.

Per ognuno di questi interventi, in modo piano, egli comincia col descrivere l'istrumentario, e i requisiti che deve avere; la tecnica di intervento, le indicazioni, i pericoli, gli errori.

Questo volumetto non ha pretese di trattato: ma crediamo che esso risponda pienamente allo scopo, pel quale è stato scritto, di essere cioè una guida per lo studente ed il medico pratico.

sabatini.

F. BILLINGS: *The pratical medicine series.* Vol. 1°, series 1920. — The Year Book Publishers' Chicago.

A chi non ha il tempo e l'opportunità di seguire sulle riviste i progressi della letteratura, specialmente di quella inglese ed americana, e che ama di trovare raccolta e selezionata in volume la parte più interessante delle pubblicazioni moderne, il libro potrà essere molto utile. In esso sono raccolte le novità più importanti sulle malattie infettive, sulle malattie del mediastino, dei bronchi, dei polmoni e della pleura, del sangue e degli organi emopoietici, sulle malattie delle glandule a secrezione interna, del ricambio, nelle affezioni gastro-intestinali, del fegato, delle vie biliari e del pancreas. *t. p.*

O. JOSUÉ et M. PARTURIER: *Les cardio-rénaux.* — E. Le François, éd., Paris, 1921.

Il problema clinico, diagnostico e curativo, che offrono molto spesso i così detti cardiorenali è nel piccolo volume di Josué e Parturier opportunamente affrontato e largamente svolto.

Nel primo capitolo sui falsi cardiorenali, nei quali la ripercussione sui reni dello scompenso cardiaco può spesso condurre in errore il medico precipitoso, è illustrato in due paragrafi: il meccanismo della ritenzione da oliguria, sia azotemica sia cloruremica e idremica, e sono charite e magistralmente descritte le sindromi renali dell'asistolia. Nel secondo capitolo sono presi di mira i malati ai quali spetta il vero nome di cardiorenali, nei quali l'offesa primitiva è nel rene e la manifestazione clinica più appariscente sul cuore. Un breve cenno è dedicato all'esplorazione della funzione cardiaca ed all'esplorazione renale.

Chiude il volume un capitolo sulla cura, sia intesa nelle sue linee fondamentali, sia intesa nei suoi dettagli, quando cioè predomini la sindrome cardiaca e quando predomini la sindrome renale. *t. p.*

Harrowers's Monographs. Vol. I: *Hyperthyroidism.* — Glendale, California.

È il primo volume di una serie di monografie sulle secrezioni interne. L'autore ha scelto il titolo di « Ipertiroidismo » anzichè di malattia di Basedow o di Graves (*o di Flaiani!*), oppure di gozzo esoftalmico, per comprendere tutte le manifestazioni morbose da eccesso di attività tiroidea, siano esse riunite nel complesso sintomatico attribuito alla ben determinata forma clinica suddetta, siano di altra specie ed a volte traducentisi con disturbi isolati.

La non lunga monografia (119 pagine) si legge facilmente. Essa non tiene conto che di lavori recenti americani ed inglesi: solo in linea eccezionale, rare volte, accenna fugacemente ad autori francesi o tedeschi: non mai a lavori italiani.

L'esposizione è superficiale e spesso addirittura elementare: nessun problema vi viene mai enunciato o risolto: e in più di un argomento l'autore scivola in un semplicismo, che è ben lungi dal rigore del metodo scientifico, e che non rarissimamente si trova negli scritti di alcuni autori americani. Nell'opera in questione ciò accade specie nei capitoli dell'etiologia e della terapia in modo assai poco lodevole.

Buona invece è l'esposizione puramente clinica. Tenendo presenti tali osservazioni, la lettura, fatta con sempre vigile spirito critico, di questa breve memoria può riuscire nel complesso utile. *g. sabatini.*

L. CHEINISSE: *L'Année Thérapeutique.* 1 vol. in-16 di pag. 144. — Parigi, 1921, Masson et C.ie, éditeurs. — Prezzo fr. 6.

Ecco un bel volume, il quale rispecchia le nuove conquiste compiute ultimamente dalla terapia. Si fa subito notare per la scelta felice degli argomenti e per la copia e la chiarezza delle nozioni che vi sono consegnate.

Il Cheinisse, già collaboratore della « Semaine Médicale » per le note terapeutiche e ora redattore della « Presse Médicale », è in grado di seguire davvicino il rinnovamento incessante della terapia.

Il suo volume, ben condensato, dà consigli sicuri. Esso costituisce un bilancio dell'annata terapeutica che si è chiusa col 1920; ma naturalmente non è ristretto a questa sola annata. L'ordine alfabetico permette di orientarsi facilmente; l'indice finale agevola le ricerche. R. B.

M. FLAMINI: *La piccola madre.* Un opuscolo in-12, di pag. 76. — Roma, presso la Scuola di Assistenza all'Infanzia, 1920.

La nostra letteratura sulla propaganda igienica si arricchisce di un utilissimo contributo.

Il Flamini ha saputo evitare due scogli dei lavori di propaganda: dire troppo, rendendo l'esposizione ingombrante; dire troppo poco, riducendo l'utilità del lavoro. Nella sua ammirevole guida si trovano tutte le nozioni indispensabili per l'allevamento del bambino; egli insegna alle « piccole madri », cioè alle ragazze di famiglia, ciò che devono fare, indicando i dettagli e fugando molti pregiudizi. Pur essendo conciso, non è arido, ma è chiaro e gradevole, il che contribuisce notevolmente ai pregi dell'esposizione. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 20 marzo 1921.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Polmonite sperimentale da simbiosi batterica. Contributo alla patogenesi dell'influenza.

Prof. P. CALDAROLA. — L'O. espone i risultati di una serie di esperimenti che non soltanto provano che l'azione patogena del b. di Pfeiffer e di altri germi viene esaltata dalla loro simbiosi, ma dimostrano anche la funzione aggressinica del b. di Pfeiffer in queste infezioni miste; inquantochè per il suo intervento, degli animali da esperimento possono diventare ricettivi verso germi, ai quali resistono in condizioni normali. Illustra le manifestazioni morbose e le lesioni anatomopatologiche ottenute in conigli inoculati con colture miste direttamente nel laringe e nel naso. Afferma che viene in tal modo dimostrata anche sperimentalmente la proprietà del b. di Pfeiffer di rompere l'equilibrio fisiologico dei soggetti infettati e di permettere l'insorgenza di infezioni secondarie.

Il prof. GOSIO, presa la parola, raccomanda ricerche di confronto sulle polmoniti spontanee degli animali, tanto più che Rech ne descrisse una col nome di influenza del coniglio, rilevando fatti propri dell'influenza dell'uomo (starnuto, catarro del naso e dei bronchi, bacilli simili a quelli di Pfeiffer, polmonite purulenta, ecc.).

Rachitismo sifilitico da baliatico in un lattante di quattro mesi.

Prof. L. SPOLVERINI. — Riferisce sul caso osservato di un bambino di quattro mesi che non avendo potuto continuare ad avere l'allattamento materno fu affidato ad una balia. Nei primi giorni il bambino non ne risentì danno alcuno ma, dopo circa un mese, si manifestò in esso netto il quadro del rachitismo sifilitico.

Il caso venne già riportato nel fascicolo 15, pag. 627, di questo giornale.

Un nuovo termo-regolatore per termostati.

Prof. P. DORELLO. — L'O. comunica di aver costruito un nuovo termo-regolatore per termostati nel quale le variazioni della temperatura costante si possono ottenere quasi istantaneamente. Ha un funzionamento sicurissimo ed è talmente semplice che lo ha costruito utilizzando una vecchia stufetta da inclusione. Il riscaldamento è ottenuto per mezzo di un piccolo fornello elettrico, fatto con circa 3 metri e mezzo di nichelina di 3/10. L'O. descrive minutamente il sistema di costruzione e di funzionamento ed i vantaggi che ha sugli altri termostati.

E. GROSSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta del 18 marzo 1921.

Presidenza: prof. BALDO ROSSI.

Appunti su alcuni casi di paratifo.

V. RONCHETTI. — Riferito come fra 849 casi di forme tifoidi curati nella sua divisione ospitaliera dal 1912 al 1920 abbia potuto identificare 21 casi di paratifo A e 20 casi di paratifo B, riporta la storia clinica ed il reperto di autopsia di un caso di paratifo B venuto a complicare ed arrestare il corso di una leucemia mieloide cronica, di un caso di paratifo B deceduto in seguito ad una enterorragia, di un caso di paratifo insorto nel corso di una encefalite epidemica; sostiene che negli ammalati non sottoposti a iniezioni profilattiche di vaccino polivalente la ricerca delle agglutinine specifiche nel siero di sangue ha buon valore pratico per differenziare le infezioni da bacillo di Eberth dalle infezioni paratifiche A e B; sostiene che spesso il reperto anatomopatologico è diverso nel tifo e nei paratifi (almeno nel paratifo B), prevalendo nel tifo le lesioni ulcerose nell'ileo con sede sulle placche di Peyer, prevalendo nel paratifo B le lesioni ulcerose nel colon con punto di partenza ai follicoli solitarii, e che tale differenza di alterazioni anatomiche può dar ragione delle differenze cliniche.

Contributo di terapia chirurgica per forme tubercolari a sede gastro-intestinale.

G. CASTIGLIONI. — L'O. riferisce sopra 5 casi di tubercolosi gastrica con varietà anatomo-patologiche diverse e sopra due casi di stenosi multiple intestinali in cui praticò ampie resezioni. Discute la classificazione di queste forme, le indicazioni operative e le modalità dell'intervento nelle singole forme.

Modificazione alla tecnica della gastroenterostomia posteriore transmesocolica.

F. CROSTI. — In due ammalate, delle quali una affetta da stenosi pilorica e gastroectasia secondaria da pregressa ulcera — che presenta guarita — eseguì la gastroenterostomia incidendo ampiamente fra legature il legamento gastrocolico. Aperta così la retrocavità e ben esposta la faccia posteriore dello stomaco, incise il mesocolon dall'alto, anastomizzando la primissima ansa digiunale in tutta vicinanza della grande curvatura presso al piloro. L'apertura del legamento gastro-colico offre largo campo per stabilire l'anastomosi in buona posizione e nella riposizione dei visceri entro l'addome permette di controllare *de visu* la disposizione dell'ansa afferente e dell'efferente ed i loro rapporti con la neostomia.

C. VALLARDI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

(Seduta del 29 aprile 1921).

Studî clinici sul tono muscolare.

Sul tono muscolare gastrico (1ª nota).

A. GASBARRINI. — Propone un metodo grafico, assai semplice e preciso, per riconoscere e valutare il tono muscolare gastrico. Servendosi di questo metodo, ha studiato sia in stomaci di persone sane od affette da malattie varie, sia in gastropatici, l'influenza che sulla tonicità gastrica possono avere la posizione dell'individuo, lo stato di ripienezza o meno dello stomaco, gli stimoli varî (meccanici, chimici, termici, dolorifici, elettrici, psichici) e gli eventuali rapporti fra ptosi gastrica e tono dello stomaco, fra tono gastrico e peristaltismo, fra tono e spasmo, fra tono gastrico ed innervazione (estrinseca ed intrinseca) dello stomaco, fra tono e ghiandole a secrezione interna, traendo dai risultati considerazioni importanti non soltanto dal punto di vista dottrinale, ma anche pratico.

Contributo casistico al taglio cesareo transperitoneale soprasinfisario.

C. CALCATERRA. — Riferisce 5 casi di taglio cesareo transperitoneale soprasinfisario. Si è trattato tre volte di caso puro e due di caso impuro. Descritto brevemente il tecnicismo operativo, mette a raffronto il T. C. transperitoneale soprasinfisario col T. C. classico e col T. C. extraperitoneale, a parità di condizioni e di indicazione, valutandone i vantaggi e gli svantaggi, che, dalla disamina dei suoi casi e dalle osservazioni già fatte da altri AA., specialmente dal Ferroni, è possibile rilevare.

Conclude considerando il T. C. T. soprasinfisario indicato nei casi puri quanto, e forse più, del T. C. T. classico; ancor più consigliabile e vantaggioso nei casi impuri, in concorrenza col T. C. extraperitoneale.

Sulla prova proposta da Hollaender per determinare la reazione immunitaria alla tubercolosi (2ª nota).

B. SALKIND. — Riferendosi alla sua precedente comunicazione dell'11 marzo u. s., sulla reazione immunitaria proposta da Hollaender, nota che anche Neumann, in un lavoro pubblicato più recentemente (*Zeitschrift für tub.*, aprile 1921), arriva alle stesse sue conclusioni, e cioè che la reazione non presenta nessun carattere di specificità potendo ottenerla sostituendo la soluzione clorosodica tubercolinica fenicata semplicemente con acido fenico (nella proporzione contenuta nella soluzione di tubercolina) e con soluzione fisiologica semplice.

Studiando più a fondo la stessa reazione zonale, l'O. riferisce sue ricerche sui sieri, dei quali è noto il contenuto in globuline. Ha usato per la reazione di Hollaender sieri di cavallo, di bue, di uomo, di gallina, di cane, di coniglio e di colombo, i quali contengono rispettivamente 4.56, 4.17, 3.10, 2.90, 2.05, 1.78 ed 1.32 per cento di globuline ed ha ottenuto la reazione positivissima (+++) nel cavallo, evidentemente positiva (++) nel bue e nell'uomo; la reazione positiva (+) nella gallina e nel cane, la reazione dubbia (±) nel coniglio e la reazione negativa (—) nel colombo.

Si dimostra quindi una netta dipendenza della reazione dal contenuto di globuline, il che permette di concludere che sono queste le sostanze alle quali noi dobbiamo la reazione zonale.

La loro ricerca sistematica non è priva di interesse.

Sulla reazione di Wildbolz.

C. GALASSI. — Riferisce sue ricerche di controllo. Ha esaminato le urine di 84 individui, di cui 40 tubercolosi e 44 non tubercolosi, ottenendo il 58.8 % di reazioni positive in casi di tubercolosi in atto, il 20 % di reazioni dubbie e il 23 % di reazioni positive in casi non dimostrabili clinicamente tubercolari. Nota anzitutto come le proporzioni tra le varie cifre tolgono già di per sè molto valore al metodo, e fa rilevare varie discordanze fra i risultati suoi e quelli ottenuti da Wildbolz. Tentando poi di interpretare il meccanismo della reazione, cita l'esito di numerosi controlli personali con tubrcolina, urine di persone sane, urine di malati non tubercolosi, soluzione fisiologica, soluzione fisiologica fenicata e l'acqua distillata; ricorda esperienze di Maragliano, Marmoreck, Debrè e Paraf, Cepulic, e discute varie ipotesi avanzate da altri AA., tendenti ad ammettere o ad escludere la presenza nelle urine di antigeni, anticorpi o complessi di tubercolina antitubercolina.

L'O. giunge alle seguenti conclusioni:

1) In varî casi la intradermoreazione alle urine è tale da dover fare ammettere che oltre a elementi banali intervenga un *quid* ignoto, che parrebbe proprio di certe urine;

2) Tuttavia un vero carattere specifico non può essere affermato per l'oscurità del meccanismo di produzione e per l'incostanza dei risultati;

3) Non si può quindi confermare a questa reazione alcun valore diagnostico e prognostico.

A. GASBARRINI.

TERMINOLOGIA MEDICA.

Charcot (Malattia di). — Sclerosi laterale amiotrofica.

Charcot (Malattia di). — Vertigine laringea.

Charcot (Artropatia di). — Sinovite cronica di una o parecchie articolazioni, che porta a fragilità delle ossa, distruzione delle estremità articolari e lussazioni. Si osserva in malattie del midollo spinale.

Charcot (Cristalli di): detti anche di v. Leyden, Friedrich, Neumann, Robin, Zenker. Cristalli ottaedrici che si trovano nel sangue leucemico, midollo osseo, espettorato di asmatici, sperma.

Charcot-Erb (Malattia di). — Paralisi spinale spastica.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA

I flemmoni peritonsillari.

Si designa con tal nome l'infiammazione suppurativa del tessuto cellulare della loggia tonsillare e del velo del palato (G. de Parrel. *Journ. des Praticiens*, marzo 1921, n. 12). La tonsilla è circondata da tessuto connettivo lasso, che forma la fossetta sopratonsillare e gli spazi pre- e retrotonsillari. I pilastri anteriore e posteriore, riuniti in alto ad arco, costituiscono le pareti e la sommità della loggia tonsillare, mentre in basso si allargano; il pilastro anteriore raggiunge la base della lingua ed il posteriore arriva alla parete laterale del faringe. Il polo inferiore della tonsilla è separato dalla base della lingua, da un intervallo di 5-6 mm., contenente ghiandole follicolari, che fanno ponte fra la tonsilla linguale e la palatina.

Il processo infiammatorio prende origine dalla fossetta sopratonsillare, donde si diffonde tra i foglietti del velo palatino e lungo lo spazio pretonsillare. Più raramente discende nello spazio retrotonsillare o nella parte inferiore dello spazio pretonsillare.

Sintomi. — Dolore intenso che costringe all'immobilità assoluta della testa, disfagia, trismo, scolo di saliva, voce nasale. Movimento febbrile molto marcato, malessere, cefalea, adenopatia sottomascellare. L'esame locale può farsi soltanto con lo specchio frontale e due abbassalingua, di cui uno viene insinuato lungo la faccia interna della guancia, l'altro abbassa quanto è possibile la lingua. Si può così osservare una tumefazione, con edema che si estende largamente sul settore velo-palatino; l'ugola è respinta verso il lato sano.

Trattamento. — L'intervento deve essere precoce, non appena il pus si sia raccolto; frattanto si faranno dei lavacri con soluzioni alcaline (1 cucchiaio da frutta di bicarbonato di sodio per 1 litro d'acqua bollita tiepida), o antisettiche (liquido di Labarraque: 1 cucchiaio per 1 litro di acqua: liquido di Dakin: 4 cucchiai per litro): applicazione di cataplasmi sulla regione angolo-mascellare. Uroformina per uso interno; far succhiare del ghiaccio, eventualmente irrorazione con sifone di acqua di Selz, che calma la sete e sbarazza il retrobocca dalle mucosità.

Quando il flemmone è come di solito pre- e sopratonsillare, l'apertura non presenta difficoltà, poichè il bistori non trova davanti a sè alcun organo o vaso d'importanza: la tecnica migliore consiste nel fare un semplice occhiello, in cui si fa penetrare una pinza a punte piatte, di cui si allontanano poi le branche: se è possibile, si pulirà la cavità ascessuale con un tampone imbevuto di acqua ossigenata a 12 vol. e neutralizzata, ciò che è molto doloroso.

Per l'anestesia, si potrà usare il liquido di Bonain (acido fenico nevoso, mentolo, cloridrato di cocaina, ana g. uno), di cui si imbeve uno stuello, che si tiene a contatto con il settore da incidere; alla miscela si possono aggiungere 3-4 goccie d'adrenalina.

L'incisione si farà in pieno velo del palato, in direzione obliqua dall'alto al basso e dall'interno all'esterno, per la lunghezza di 1 cm. In qualche caso, la raccolta purulenta si fa alla parte inferiore dello spazio pretonsillare; in tal caso l'incisione si fa nel punto più culminante del flemmone.

Molto maggiori precauzioni vanno prese quando il flemmone è retrotonsillare, per il pericolo di ledere la carotide interna, che si porta in addietro ed all'esterno del pilastro posteriore, lungo la parete faringea a circa cm. 2 1/2 di profondità: l'incisione va rivolta verso l'esterno, fra la tonsilla ed *il pilastro posteriore*, che però *deve essere rispettato*.

È quest'ultima regola che va sempre tenuta presente per evitare un pericolo, che, per quanto raro, può occorrere: bisogna quindi premunirsene con una tecnica operatoria prudente e metodica: tenere il malato ben fermo in buona posizione, rischiarare bene la regione faringea, tener coperta per tre quarti la lama del bistori, *dirigere gli strumenti verso l'esterno, non mai indietro*.

Eseguita l'operazione, si faranno grandi irrigazioni con acqua bollita: in seguito si introdurranno giornalmente nella cavità dei tamponi imbevuti con acqua ossigenata o con glicerina resorcinata (1:25). Per combattere lo stato depressivo, oltre agli alcoolici, si faranno iniezioni di cacodilato con stricnina.

Lasciato a sè, il flemmone peritonsillare può aprirsi spontaneamente al nono-decimo giorno, col pericolo di determinare setticemia, flebite, emorragie, ecc. È dunque consigliabile l'intervento quanto più precoce. *fil.*

Le emorragie gravi nella tonsillotomia.

La tonsillotomia per semplice ipertrofia tonsillare. può essere parziale o totale (uncinamento della tonsilla e dilacerazione del peduncolo vascolo-connettivo, che l'unisce alla parete faringea). Nel primo caso l'emorragia parenchimatosa può essere ridotta a pochi grammi di sangue; nel secondo l'emorragia, di solito lieve, assume qualche volta carattere

di gravità; ad operazione terminata, il sangue scorre lungo la parete faringea e cade nello stomaco, dove s'accumula, dando luogo, dopo qualche ora, ad abbondante ematemesi con fenomeni sincopali.

Queste emorragie provengono dalle pareti stesse dell'escavazione tonsillare, sono faringee e non cervicali; anche quando sono abbondanti finiscono per cessare spontaneamente. Invece le emorragie, che si verificano rapidamente e con grande abbondanza dopo la tonsillotomia provengono da lesione della parete faringea e da sezione di una delle arterie che circolano al di fuori di essa. Sono dunque extracavitarie; il chirurgo nell'attirare verso di sè la tonsilla, ne stira anche l'involucro, e liberando la prima con un colpo di bistori o di forbici, intacca il secondo. Esistono due varietà di tale emorragia: questa talvolta è fulminea per la rapidità e la violenza, compare durante l'operazione ed in pochi minuti porta a morte l'individuo. Altre volte è meno copiosa e rapida, si osserva dopo la operazione, e solo per l'abbondanza e la persistenza rivela la sua gravità. Contro la prima, che deriva dalla lesione della carotide interna, non vi è nulla da fare; contro la seconda, che deriva dall'arteria tonsillare, dalla palatina ascendente o dalla faringea inferiore, vi può essere tempo di agire.

Si citano casi (*Journal des praticiens*, 1920, n. 10) in cui, anche usando la pinza a spezzettamento, si è prodotta la lesione della carotide interna e la morte fulminea. Fortunatamente tale evenienza è piuttosto rara. Per evitarla, bisogna limitare le manovre allo scavo tonsillare; per essere sicuri di ciò basta ricordare che soltanto col ledere il pilastro posteriore, si corre il pericolo di raggiungere la carotide. È soltanto questo il pericolo, che va tenuto bene in mente dai pratici, i quali, all'infuori di questo, debbono considerare la tonsillotomia come un'operazione priva di gravi rischi, tanto che si citano servizi ospedalieri, in cui da 18 anni se ne praticano oltre 60 la settimana, senza che vi sia stato un solo caso mortale. *fil.*

Emottisi a ripetizione provocata dalla presenza di un calcolo.

Una donna di 25 anni viene ricoverata a Leysin nel 1911 presentando una tubercolosi polmonale con sputi positivi pel bacillo di Koch, ed in cattivo stato generale. Dopo 18 mesi di cura, la malata esce di molto migliorata.

Nel 1915-1916 comincia ad avere di tempo in tempo piccole emottisi, cui la p. non presta attenzione: gli sputi non contengono bacilli di Koch.

Nel 1917 per forte emottisi ricovera di nuovo a Leysin: si notano rumori bronchiali incostanti verso l'ilo sin.; radiograficamente l'ombra ilare sinistra è esagerata, si notano arborizzazioni bronchiali e due chiazze completamente oscure, grandi quanto una piccola perla.

Due mesi dopo le emottisi (50-60 c.c.) ricominciano, spesso frequenti, spesso ad intervalli di 8-10 giorni, spesso minime, spesso notevoli, senza causa occasionale alcuna, senza relazione alcuna con le mestruazioni normali e scarse.

Nel 1918 emottisi fortissime e frequenti tali da costringere la p. a non sollevarsi dal letto.

Nessun risultato danno i medicamenti emostatici: la radiografia esclude ogni neoplasma o cisti idatidea; la clinica, ogni possibilità di disturbi vasomotori nervosi e l'emofilia.

Effettuato il pneumotorace artificiale le emottisi si ripetono come prima una, due volte al mese. Allo scopo di modificare in qualche modo il tessuto dell'antico focolaio tubercolare, viene istituita la cura tubercolinica: nessuna novità. Il 15 agosto 1920 la malata espettora una pietra molto dura con sangue: si tratta di un calcolo del diametro di 5-7 millimetri. La radiografia mostra la scomparsa di una delle due ombre constatate precedentemente.

La paziente non espettora più la minima quantità di sangue: abbandona il letto ed a poco a poco torna alla vita normale.

Tutto parla nel caso in esame (Jaquerod: *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1921, n. 3) di relazione diretta tra causa, calcolo, ed effetto, emottisi per 5 anni.

È da notare che la causa delle emottisi non è l'espulsione del calcolo ma la presenza di esso nel tessuto come corpo estraneo irritativo: può darsi che un certo numero di emottisi a ripetizione in tubercolosi in evoluzione, riconoscano come causa la presenza di un calcolo: di qui l'importanza della radiografia.

MONTELEONE.

La canfora nella emottisi.

Vi sono due varietà di emottisi, l'una dovuta a trapelamento del sangue, l'altra a rottura di un vaso sanguigno. Nella prima il sangue è di solito di colore scuro e fuoriesce lentamente con poca schiuma; la causa va ricercata in una insufficienza vascolare di origine cardiaca o vasomotoria. Nella seconda varietà il sangue, di solito rosso, fuoriesce rapidamente, con abbondante schiuma.

La canfora, in piccole dosi stimola il cuore ed anche, leggermente, il centro vasomotore;

il volume del polso è aumentato e vi è una maggiore differenza fra pressione diastolica e sistolica, ciò che assicura una migliore irrorazione di sangue nei polmoni. A dosi alte, la canfora provoca dilatazione dei vasi periferici con aumento nella quantità di sangue che passa in essi, mentre per l'azione sul centro vasocostrittore si ha una costrizione nel punto della lesione, ciò che tende a provocare una trombosi locale. Oltre a questa azione meccanica, la canfora produce secondariamente un aumento della trombokinasi, che scorre nella parte lesa. (W. Lehner, *Zeits. f. Tuberculose*, agosto 1920).

fil.

Le iniezioni endovenose di citrato di sodio per l'emostasi.

Il rimedio è consigliabile: *a*) nelle emorragie interne (ematemesi, rotture del fegato, emottisi, emotorace traumatico, emorragia cerebrale (?)); *b*) nelle emorragie esterne (ferite lacere, emorragie del retto, cistifellea, prostata, ecc.); *c*) emorragie durante le operazioni al capo, addome, ecc.

Il citrato di sodio purissimo va sciolto in acqua distillata in proporzione del 30 %, sterilizzando poi in autoclave. Negli adulti se ne iniettano 20 cmc. (6 g.) in una vena alla piega del gomito: l'iniezione va fatta assai lentamente, sì da impiegarvi almeno dieci minuti: si introducono dapprima 2-3 cmc., sospendendo poi per alcuni istanti, allo scopo di vedere se l'ammalato presenta disturbi, poi continuando con altri tre cmc. e facendo seguire una seconda pausa, dopo la quale si completa l'iniezione.

Fra i possibili inconvenienti sono da notarsi: sapore salino in bocca, tremore delle labbra, parestesie, vertigini, nausea, senso di oppressione, talvolta brivido; sembra che non vi siano modificazioni della pressione sanguigna.

Il tempo di coagulazione del sangue subisce di massima una diminuzione notevole, accompagnata da modificazione nel colore del sangue venoso.

Da esperienze fatte da Neuhof e Hirschfeld (*New York med. Journ.*, 15 gennaio 1921) risulta che l'efficacia è stata costante, con manifesta diminuzione dell'emorragia circa quindici minuti dopo l'iniezione: naturalmente l'effetto non è duraturo se permane la causa.

Fatte a dovere le iniezioni di citrato sodico non presentano inconvenienti; se fatte invece rapidamente possono provocare incidenti gravi ed anche mortali; la dose per i fanciulli è di gr. 1-3 invece che di 6-8 come per gli adulti.

fil.

Un siero antiemorragico

H. Dufour e Y. Hello (*Presse Médicale*, 12 gennaio 1921) hanno preparato un siero, proveniente da animali in stato di reazione anafilattica, siero che possiede proprietà coagulanti. Ne iniettano 10-20 cmc. nelle natiche, ripetendo eventualmente l'iniezione nei giorni seguenti, se non si notano miglioramenti. La applicazione è indicata nelle emorragie nasali, gengivali, gastro-intestinali, uterine, renali, ed in tutti gli stati emorragipari; gli AA. hanno trattato con successo anche delle emottisi ribelli, ed usato il siero come preventivo antiemorragico, prima di una operazione sanguinosa (regione epatica) o in soggetti emofilici.

I fenomeni anafilattici sono assai rari (elevazione di temperatura, rachialgia, orticaria, ecc.) e senza gravità. La durata di conservazione è quella degli altri sieri.

fil.

NOTE DI TECNICA.

Interpretazione delle emocolture dalla reazione del viraggio globulare.

(PIERRE-PAUL LÉVY. *Presse Médicale*, n. 36, aprile 1921).

Ogni emocoltura, dopo un soggiorno più o meno lungo in termostato, mostra modificazioni di varia gradazione del brodo e del sangue: ed il Lévy riporta alcune osservazioni compiute su 2500 emocolture ponendo in evidenza alcune particolari differenze fra le colorazioni che assumono le emocolture negative e quelle positive.

Quando l'emocoltura rimane sterile, durante il soggiorno in termostato la colorazione del sangue nel brodo passa dal rosso scarlatto, attraverso il rosso granata e il color terra di Siena, al bruno spiccato. Quando l'emocoltura è positiva il sangue presenta una tinta violacea, simile a feccia di vino. Meglio si apprezzano le gradazioni di colore inclinando il matraccio a 45° e osservando la colorazione dei globuli depositati nel fondo. Agitando il matracio, i globuli riprendono il loro colorito rosso vivo, per ridivenire violacei dopo un certo periodo di riposo.

Gli esami spettroscopici hanno permesso all'A. di stabilire che la colorazione rosso viva è dovuta all'ossiemoglobina, quella bruna a metaemoglobina; quella violacea ad emoglobina ridotta.

Il cambiamento di colore si verifica poco tempo dopo l'inizio dello sviluppo dei germi, e tale fatto può essere utilizzato evitando di

praticare passaggi su altri terreni nutritivi quando l'emocoltura è ancora negativa.

Circa il meccanismo di azione dei germi sulle emazie, l'A. ha constatato che la reazione del viraggio globulare non si osserva quando le emazie siano distrutte: manca quindi nelle emocolture in bile, e quando il germe che si sviluppa ha spiccato potere emolitico.

La cianosi globulare è, secondo l'A., determinata da un'azione tossica dei germi sulle emazie viventi. Le emazie così modificate non hanno perso la loro attività, poichè è sufficiente agitare il brodo perchè esse riacquistino il loro colorito rosso vivo.

Tutte le cause che possono impedire o ritardare lo sviluppo dei germi, determineranno pure una assenza, o un ritardo del viraggio globulare, e ciò potrebbe essere utilizzato per scoprire e dosare l'azione di diverse sostanze antimicrobiche, e segnatamente per mettere in evidenza il potere antimicrobico del siero.

Tr.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1351) *Istituti per fanciulli frenastenici.* — All'abb. n. 6882:

Istituti per fanciulli frenastenici, *gratuiti*, non ci sono, salvo i reparti per Idioti dei Manicomi. D'Istituiti a pagamento nel nord d'Italia ce n'è a Milano, a Torino, a Genova. A Roma c'è *Villa Amalia* (signorile), diretta dal prof. Sante De Sanctis.

A. S.

(1352) *Imbalsamazione di cadaveri.* — All'abb. n. 3973:

Può consultare, oltre i consueti trattati di tecnica delle autopsie, i seguenti lavori speciali:

V. Grossi. *Le Mummie nell'antico e nel nuovo mondo*. Torino, Tip. De Rossi, 1888.

E. G. Allorge. *Notice sur les embaumements des corps*. Paris, 1872.

D. G. Bayle. *L'embaumement dans les temps anciens et modernes*. Paris, 1873.

P. Gorini. *Nuovo metodo per la conservazione dei cadaveri*. Milano, 1848.

D. Campani. *Nuovo processo d'imbalsamazione*. Pisa, 1889.

I. N. Gaunal. *Histoire des embaumements et de la préparation des pièces d'anatomie normale, d'anat. pathol. et d'histoire naturelle*. Paris, 1838.

C. Parcelly. *Etude historique et critique des embaumements*. Lyon, 1891.

g. b.

VARIA

Fecondazione artificiale.

Dickinson (*Amer. Medicine*, marzo 1921) rileva la possibilità che la fecondazione artificiale porti meccanicamente dei germi infettanti dalle vie genitali inferiori nelle tube o nel peritoneo; ovvero che essa ridesti dei processi flogistici spenti nelle tube.

Discute l'eventualità che si limiti a rendere pervie le tube allo sperma che verrà eiaculato in rapporti sessuali ulteriori, nel qual caso risponderebbe molto meglio l'uso di semplici soluzioni antisettiche, come praticano Stone e Bovee: difatti non è mai possibile di accertare se la fecondazione sia dovuta allo sperma iniettato artificialmente od a quello eiaculato naturalmente, qualora dopo i tentativi di fecondazione artificiale abbia luogo il coito.

Fa notare che la fecondazione non si compie se lo sperma è poco vigoroso, mentre invece viene spesso praticata in casi del genere. Osserva infine che per solito le pazienti si ribellano a lasciar ripetere le prove una mezza dozzina di volte, quante in genere ne occorrono perchè, nei casi adatti, si abbia il successo; si assoggettano più volentieri ad una laparotomia.

In donne con anamnesi o con fatti di ostruzione tubarica consecutiva a forme lievi di salpingite divenute del tutto quiescenti, l'iniezione di sperma nella cavità uterina, sotto pressione non sempre forte, rimase 12 volte senza risultati. In donne senza precedenti di gonorrea, senza flogosi o anomalie evidenti della cervice, dell'utero e degli annessi, l'iniezione di sperma poco attivo non dette nessun risultato in 19 casi; non seguì nessuna infezione, salvo forse in un caso, in cui però questa fu mite; molte di tali pazienti subirono tre prove. Con organi pelvici praticamente normali e con sperma di buona qualità si ebbero cinque gestazioni, attribuite alla fecondazione artificiale.

L'A. raccomanda le seguenti norme di tecnica: posizione genu-pettorale; pipetta (curva) che riempia l'*os* interno e che giunga sino al *fundus*, procurando di praticare l'iniezione entro le tube; far seguire il riposo in posizione orizzontale; ripetere i tentativi da tre a sei volte.

Provare sempre questo metodo prima di ricorrere ad un'operazione.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Burocrazia e libera professione.

Il dottor Verney ha sostenuto in un lucido e persuasivo articolo come le tasse su l'esercizio della professione medica e sui prodotti sanitari si risolvono in una vera imposta sui malati, e come questa imposta rarefacendo i rapporti fra medici e pazienti, limitando l'uso dei mezzi atti a conservare e a riacquistare la salute ostacolino il benessere, la felicità, la produttività del nostro popolo.

Le considerazioni dell'egregio collega investono non solo una quistione professionale, ma un problema sociale della più alta importanza, e come tali meritano il più vivo interessamento.

È ovvio che il costo proibitivo delle rette ospedaliere, dei farmaci e delle prestazioni sanitarie hanno una influenza ben diversa di quella dell'alto costo del tabacco o del vino.

È dubbio che l'aumento del prezzo dei medicinali sia da imputarsi esclusivamente al fiscalismo statale. Al riguardo entrano in giuoco altri fattori, quali l'ingordigia di produttori e di spacciatori, nonchè l'uso e l'abuso delle così dette specialità, il cui basso valore intrinseco è enormemente aumentato dalle spese di confezionamento esteriore, dalle spese di pubblicità sui giornali politici o a mezzo di cartelli e stampe, di invio di campioni e simili. Se i cercatori della salute su gli annunzi della quarta pagina o su gli affissi delle cantonate si persuadessero che sono essi che pagano di buona moneta tutta quella enorme spesa di pubblicità, se i medici riprendessero un po' l'abitudine del ricettare, la spesa per medicinali non graverebbe di molto sul bilancio dei malati. In effetti una tassazione di quegli intrugli che hanno invaso le farmacie, e non solo le farmacie, sotto il nome di specialità, non sarebbe da deprecarsi anche se fosse tale da diminuirne il consumo. Anzi, per questo effetto, tale tassa sarebbe da catalogare fra quelle che il Luzzatti chiamò igieniche.

Ma a parte ciò, per quel che riguarda il punto sul quale ha insistito il dottor Verney non è inopportuno risalire alle cause che hanno concorso a rincarare le prestazioni mediche, rincaro che ha provocato la riduzione dell'esercizio professionale con danno economico dei medici e pericolo per la salute pubblica.

Non è dubbio che l'attuale disagio dei professionisti dipende dal maggior costo dei generi necessarii alla vita, ma non è men vero che un grande onere finanziario è imposto dai contributi diretti ed indiretti reclamati dallo Stato con l'aumento delle tasse, delle tariffe postali, ferroviarie e dei trasporti in genere, fattori tanto più efficaci in quanto che alla loro volta concorrono ad inasprire il caro della vita. Ora la causa di questo aggravio che è maggiormente risentito dalle classi che vivono del libero lavoro è costituita dalle eccessive pretese dei dipendenti dello Stato, pretese che per grave debolezza sono state sempre soddisfatte.

I ferrovieri così, profittando del fatto di essere i detentori del più indispensabile servizio pubblico, hanno raggiunta una posizione economica, che è considerata con invidia dalla maggioranza degli altri cittadini. Ed i postelegrafonici con mezzi analoghi sono riusciti a non essere da meno. L'effetto è stato che gli introiti lordi delle rispettive aziende non bastano per pagare il personale, ed il tesoro per assicurare la continuità dei servizi deve versare ogni anno miliardi.

Tardi, ma risoluti e forti della sperimentata debolezza del Governo, si sono mossi gli altri dipendenti statali.

Eppure è nella coscienza di tutti, nella loro stessa coscienza, che i burocratici rappresentano un grave peso ed un ingombro.

I dipendenti dello Stato non costituiscono più una schiera di impiegati utili, ma una massa che si impone e pretende privilegi sempre maggiori. L'impiego non è più considerato come un'occupazione commessa dallo Stato a servizio del paese, ma come un mezzo di procurarsi la sicurezza della vita. L'impiegato non è fatto per l'impiego, ma questo per l'impiegato. Si è formata una casta, una nuova casta nella nazione. Un ex Presidente del Consiglio prima di raggiungere i fastigi del potere diceva che la burocrazia costituisce nello stato borghese qualche cosa di analogo a quel che costituivano i feudatari ed il clero nell'antico regime.

In effetti la burocrazia, comprendendo bene inteso con essa tutto l'insieme dei dipendenti dallo Stato, è diventata un altro potere, forse attualmente il solo potere dello Stato, un potere che agisce spesso a danno della nazione.

È una macchina ingombrante, pesante, i cui innumeri congegni si impacciano e si paralizzano a vicenda, i cui ingranaggi arrugginiti stridono e si consumano nel lento movimento. È una macchina che divora carbone e lubrificanti con scarso rendimento. È un motore il cui ritmo non batte più il ritmo della

vita del paese. Le sue puleggie lungi dal trasmettere il movimento, fermano, rallentano il moto, l'attività dei cittadini.

Mentre opprime col suo peso morto la nazione, la burocrazia gravita sul bilancio dello Stato in modo da esaurirlo.

Per corrispondere lo stipendio ad un numero inverosimile di impiegati lo Stato deve imporre tasse; per corrispondere paghe eccessive ad un eccessivo numero di ferrovieri e di postelegrafonici lo Stato deve aumentare le tariffe dei trasporti e delle comunicazioni.

L'esorbitante fiscalismo, l'alto costo dei pubblici servizi sottraggono ogni risorsa che potrebbe essere devoluta al miglioramento delle condizioni di vita dello spirito e del corpo, e quindi inceppano il progresso della nazione. E i liberi professionisti sono i più vessati. Essi sono i più colpiti dal fisco, più degli altri devono servirsi dei mezzi di trasporto e di comunicazione. Si aggiunga che essi per l'esercizio della professione devono tenere un tenore di vita decoroso, non indispensabile per le altre categorie di cittadini e per gli impiegati in ispecie. Le incertezze, le oscillazioni professionali, l'alea delle malattie e di morte prematura senza alcuna garanzia di stipendio o pensione, li costringono a forti risparmi e ad onerose forme di assicurazione. Queste preoccupazioni e questi pesi sono sconosciuti agli impiegati che vivono tranquilli, sicuri del domani, sia pure se questo domani non si presenti quasi mai alla fantasia allietato dai rosei sogni della ricchezza.

Del resto il vantaggio della vita burocratica è dimostrato dal numero enorme di cittadini che tendono di raggiungerla. La mancanza di ogni rischio tenta la vigliaccheria di molti.

L'impalcatura burocratica prevalentemente fatta di tessuto connettivo e grassoso ha superato i limiti assegnatile dalla sua funzione e si è ipertrofizzata. Questo tessuto abbondantemente rigoglioso ma di scarsa utilità funzionale lentamente ma continuamente invade, sostituisce, soffoca, uccide gli elementi attivi e fattivi.

Per ridare la salute all'intero organismo, per evitarne la morte occorre por mano ai rimedii. Il tessuto ipertrofico deve arrestare il suo sviluppo, deve regredire, rinunciare alla sua funzione parassitaria.

Una buona cura, ed una perseverante profilassi potranno forse essere utili, ma più sicuro sembra l'intervento chirurgico.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Consiglio della Federazione Umbro - Laziale delle Sezioni dell'Associazione Nazionale Medici Condotti.

Il 1° giugno si riunì, nella sede degli Ordini dei Medici di Roma, il Consiglio della Federazione Umbro-Laziale, con l'intervento del presidente dott. Buglioni, del vice-presidente dott. Buccolini e dei rappresentanti dottori Angelini, Stagni, Bonaroti, Matulli, Bolli, Alberti, Paci, Sensi in rappresentanza di Morgante. Fu nominato segretario il dott. Alberti.

Per la costituzione dei raggruppamenti provinciali furono nominati capi-gruppo per la provincia di Roma il dott. Buglioni, per l'Umbria il dott. Buccolini. Per l'Ufficio collocamento fu dato incarico al dott. Alberti di trattare con la Direzione del giornale *Il Policlinico* per l'istituzione di tale Ufficio e riferirne prossimamente al Consiglio. Animata fu la discussione sull'elenco dei poveri, a cui presero parte Buccolini, Bolli ed altri, e fu rimandata la decisione alla prossima riunione.

In ordine alle ultime resistenze contro la condotta residenziale il presidente riferì che per tutti i Comuni inadempienti all'accettazione del Capitolato-tipo è in corso la deliberazione della G. P. A., che stabilirà d'ufficio indistintamente per tutti i Comuni la condotta residenziale. Fu votato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Considerando che nella provincia dell'Umbria, dopo circa due anni dell'avvenuto accordo fra i Sindaci e la classe sanitaria e dopo circa un anno dalla decisione della G. P. A. che approvava ed imponeva d'ufficio il Capitolato-tipo, vi sono circa la metà dei Comuni ove non ancora è stata applicata la condotta residenziale;

Considerando che nella provincia Romana recente deliberazione della G. P. A. impone finalmente a tutti i Comuni inadempienti l'adozione del Capitolato-tipo e la formazione dell'elenco dei poveri;

Protesta contro il sistema invalso nell'Umbria di tollerare ancora un tale stato di cose e si augura che nella provincia di Roma venga integralmente rispettata la deliberazione della G. P. A.:

Delibera,

ove i desiderata della classe non siano ottemperati ed ove l'autorità tutoria non eserciti tutta la sua azione perchè le disposizioni legislative siano rispettate, di ricorrere a tutti i mezzi di lotta anche estremi per raggiungere lo scopo ».

Sull'esercizio dell'Odontojatria.

I medici-chirurghi, allievi della Scuola di Odontojatria e Protesi dentale della R. Università di Bologna, venuti a conoscenza che presso l'Università di Napoli, in seguito a disposizione Ministeriale, apposita Commissione esaminatrice ha concesso a varî meccanici dentisti il diploma di esercizio, riunitisi in assemblea il giorno 25 aprile 1921, hanno ad unanimità approvato un ordine del giorno da trasmettere a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione, agli Ordini dei Medici, alle Università, alle varie Associazioni Stomatologiche del

Regno, ecc., con cui presa visione del Decreto Boselli 1890, del R. Decreto 1898, della legge 31 giugno 1921; considerato che, se pure tali leggi non esistessero, i nuovi concetti scientifici sui quali si basa oggi l'Odontojatria, non ne permetterebbero più l'onesto affidamento a mani empiriche o a menti impreparate; considerato che, in base a dette leggi e per tale sviluppo scientifico, anche in Italia finalmente sono sorte e funzionano ottime Scuole di Odontojatria per i laureati in Medicina e Chirurgia; e in base ad altre considerazioni, protestano contro le violazioni della legge, ingiustificate, inopportune e dannose; riservandosi ogni altra azione intesa a salvaguardare, cogli interessi di tutta una categoria di professionisti, l'osservanza della legge, la tutela dell'igiene pubblica, il diritto della specialità odontojatrica a quella considerazione ed a quel rispetto che la scienza moderna le ha chiaramente assegnati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8859) *Competenze del medico condotto.* — Dottor V. B. da V. — La legge sanitaria in vigore non autorizza il medico condotto a richiedere al Comune una indennità di residenza pura e semplice quale retribuzione al servizio di guardia per l'assistenza ai poveri, oltre una quota annua per ogni povero inscritto nell'elenco. Lo stipendio che il Comune accorda al medico condotto non è per gli agiati, ma è pel servizio di assistenza e cura sanitaria dei poveri, per cui occorre sempre formulare un elenco per determinare le persone che possono, senza pagare, servirsi delle prestazioni del condottato.

(8860) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. P. da L. — Le Opere Pie non hanno obbligo di corrispondere indennità caro-viveri al personale sanitario da esse dipendente. Possono, però, liberamente accordarla sempre che le rendite sieno tali da permettere la erogazione della somma, senza compromettere l'attuazione dei fini proprii di beneficenza. In mancanza delle Opere Pie, non sono i Comuni tenuti a pagare l'indennità caro-viveri.

(8861) *Esenzione dall'obbligo di inscrizione all'Albo dei sanitarii.* — Dott. R. B. da N. — La risposta da noi data all'abbonato n. 8758 trova base e fondamento nella sentenza della Cassazione di Roma del 25 aprile 1916 ribadita dalla circolare del Ministero dell'Interno del 14 dicembre 1920, che fa obbligo della inscrizione all'Ordine ai medici interinali nella considerazione appunto che non possono essi considerarsi come impiegati del Comune.

(8862) *Assegno personale - Capitolato.* — Dott. E. B. da A. — Avendo Ella accettato, firmandolo, il nuovo capitolato stipulato nel 1916 ha implicitamente rinunziato allo assegno personale, che veniva conglobato nel nuovo stipendio di lire 1500 per la cura degli agiati e di lire 3500 per i poveri. Se non era più da parlare dello assegno personale nel 1916, per più forte ragione non se ne dovea parlare nel 1920, allorchè l'assegno mensile fu portato a lire 6000 come condotta residenziale. Non è il caso, quindi, di chiedere ora il supplemento personale votato in suo favore molti anni prima e revocato implicitamente dai susseguenti deliberati, nè di chiedere indennizzo di danni per la mancata comunicazione della deliberazione del 17 maggio 1914 sia per il lungo tempo trascorso, sia perchè dovrebbe essere dimostrato che in concreto ha ricevuto un sensibile danno, sia perchè, dopo tutto, si potrebbe anche a Lei domandare la ragione per cui non ha creduto informarsi per qual ragione il Comune le corrispondeva lire 1000 all'anno, oltre lo stipendio pattuito nell'atto di nomina. Se avesse preso conto della differenza ne avrebbe probabilmente conosciuta la causa.

(8863) *Sessennii - Valutazione di servizio.* — Dott. F. D. B. da G. di C. — Ella ha diritto al sessennio del febbraio 1921. Da tale data potrà liquidare altre tre sessennii di un decimo e dal compimento di questi potrà liquidare i quadriennii previsti dal capitolato.

(8864) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. M. da R. — Al medico condotto compete una indennità caro-viveri di lire 65 mensili se celibe e di lire 100 se ammogliato, in forza del Decreto 9 marzo 1919, n. 338. Riscontri: VIGO: *La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale*, ove è ampiamente trattato l'argomento.

(8865) *Esami di abilitazione per medico di bordo.* — Dott. R. S. da B. — Per essere ammesso agli esami di abilitazione per viaggiare come medico di bordo occorre presentare al Ministero dell'Interno, insieme alla domanda redatta in carta da bollo da lire 2.00, i seguenti documenti: 1° atto di nascita; 2° certificato di cittadinanza italiana; 3° diploma originale di laurea in medicina e chirurgia conseguito da non meno di due anni compiuti alla data fissata per l'inizio delle prove di esame, in una Università del Regno; 4° certificato di buona condotta rilasciato dal Sindaco del Comune di residenza in data non anteriore a tre mesi; 5° Certificato penale non anteriore a tre mesi; 6° Certificato di sana e robusta costituzione di data recente. I documenti indicati dai numeri 1, 2 e 4 sono rilasciati dal Municipio, quello indicato al numero 5 è rilasciato dal Tribunale e quello indicato dal n. 6 da qualsiasi medico esercente e legalizzato dal Sindaco.

(8866) *Esami di abilitazione per medico di bordo.* — Dott. E. P. da B. — Il programma per gli esami di abilitazione a viaggiare come medico di bordo si trova interamente pubblicato nel numero 102 della *Gazzetta Ufficiale* in data 30 aprile ultimo. Le porgiamo vive azioni di grazia per il lusinghiero giudizio dato sul già pubblicato volume «La legislazione sanitaria» e per la promessa fattaci di farne propaganda fra i suoi colleghi abbonati e non abbonati.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. P. A. da T. — Il tempo da lei trascorso presso truppe mobilitate e combattenti è troppo breve per dare diritto a conseguire la polizza di assicurazione. Esso è infatti limitato dal 3 novembre al 23 dicembre 1916.

M. G.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

25. Provincia di *Ferrara*: Dott. Capatti Attilio, del Comune di Berra, L. 170 — Dott. Orta Francesco, del Comune di Argenta, L. 150 — Dottor Nibbio Aniceto, del Comune di Comacchio, L. 150 — Dott. Foschini Giovanni, del Comune di Portomaggiore, L. 150 — Dott. Gentilini Antonio, del Comune di S. Agostino, L. 150 — Dott. Chiappini Raffaele, del Comune di Cento, L. 150 — Dott. Pagnanelli Gino, del Comune di Copparo, L. 150 — Dott. Doni Carlo, del Comune di Bondeno, L. 125 — Dott. Burzoni Giovanni, del Comune di Ro, L. 120 — Dott. Toto Alfredo, del Comune di Migliarino, L. 100 — Dott. Sebastio Carlo, del Comune di Lagosanto, L. 100 — Dott. Frabetti Antonio, del Comune di Vigarano, L. 100 — Dott. Novi Alfredo, del Comune di Ferrara, L. 100 — Dott. Bellini Francesco, del Comune di Pieve di Cento, L. 100 — Dott. Ferrari Armando, del Comune di Formignana, L. 100 — Dott. Fussi Camillo, del Comune di Ostellato, L. 100 — Dottor Pastonesi Giacinto, del Comune di Massafiscaglia, L. 100 — Dott. Ghedini Camillo, del Comune di Poggiorenatico, L. 100.

26. Provincia di *Sassari*: *Dottori*: Piga Vincenzo, Osile, L. 1000 — Cucca Sebastiano, Dorgali, L. 850 — Frassetto Pietro, So[illegible]o, L. 750 — Olia Gianuario, Villanova, L. 750 — Zecchina Angelo, Nulvi, L. 650 — Gutierrez Gaetano, Bonorva, lire 650 — Pintus Antonio, Aggius, L. 600 — Pioletti Claudio, Uri, L. 600 — Pisano Antonio, Alghero, L. 550 — Secchi Erminio, Usini, L. 500 — Pala Salvatore, Luras, L. 450 — Mani Andrea, Mara, L. 450 — Meloni Francesco, Ozieri, L. 450 — Arru Pietro, Villanova, L. 450 — Giudice Pietro, Bono, L. 400 — Porcu Giovanni, Gavoi, lire 400 — Solinas Sebastiano, Ittiri, L. 400 — Meloni Francesco, Ittiri, L. 400 — Pinna Gavino, Pozzomaggiore, L. 400 — Concordi Getullio, Tempio, L. 400 — Sanna Vittorio, Buddusò, L. 350 — Corda Gaspare, Calangianus, L. 350 — Pisanu Alfredo, Castelsardo, L. 350 — Masia Placido, Florinas, L. 350 — Arru Pietro, Villanova, L. 350 — Murtino Antonio, Pattada, L. 350 — Corda Giov. Maria, Alà dei Sardi, L. 300 — Solinas Eugenio, Portotorres, L. 300 — Sanna Salvatore, Portotorres, L. 300 — Demartini Giov. Giacomo, Thiesi, L. 300 — Fine Giovanni, Tissi, L. 300 — Martinez Gavino, Sassari, L. 300 — Coda Salvatore, Benetutti, L. 250 — Senes Andrea, Bolotana, L. 250 — Pirisino Giacomo, Monti, L. 250 — Marras Giov. Andrea, Sennori, L. 250 — Cossu Rocco, Sassari, L. 250 — Duce Aldo, Sassari (Studente Medicina), L. 200 — Lavosi Antonio, Bulzi, L. 300 — Maninchedda Beniamino, Mores, L. 200 — Pais Michelino, Nule, L. 200 — Lissia Silla, Tempio, L. 200 — Sechi Celestino, Tempio, L. 200 — Rubattu Costantino, Sassari, L. 150 — Demurtas Efisio, Galtelli, L. 150 — Alosia Enrico, Giave, L. 150 — Marras Francesco, Nughedu di San Nicolò, L. 150 — Micheli Filippo, Sassari, L. 150 — Cabras Luigi, L. 100 — Rassu Giuseppe, Bonnanaro, L. 100 — Masala Bonaventura, Bottida, L. 100 — Cugusi Leonardo, Cheremule, L. 100 — Grixoni Gavino, Chiaramonti, L. 100 — Piana Tommaso, Sedini, L. 200 — Floris Antonio, Nuoro, L. 100 — Sini Damiano, Tula, L. 100 — Lumbau Salvatore, Sassari, L. 100 — Marcialis Giuseppe, Sassari, L. 100 — Mannazzu Gavino, Sassari, L. 100 — Perantoni Mario, Cargeghe, L. 100 — Mesina Efisio, Olgiai, L. 253.

CONCORSI.

BIBIANA (*Torino*). — Consorzio con Fienile; lire 5400 e caro-viv. Scad. 27 giugno.

FRAGAGNANO (*Lecce*). — L. 5000 per 1500 pov.; addizionale di L. 5, se uff. san. L. 500. Scadenza 1° luglio. Raggiungere la residenza non oltre il decimo giorno dalla nomina.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). — L. 4000 e 5 quadrienni del decimo pei poveri. Scad. 9 luglio.

MOGLIA (*Mantova*). — Frazione Bondanello; lire 6750 e 5 quadrienni del decimo fino a 1000 poveri; L. 300 ogni 100 poveri in più; L. 1200 per cavalc. non continuativa. Scad. 25 giugno.

PRAGELATO (*Torino*). — L. 4000, quinquenni, caro-viv.; L. 500 quale uff. san.; L. 500 per allogg.; L. 500 per bicicletta. Scad. 29 giugno.

QUITTENGO (*Novara*). — Consorzio con San Paolo Cervo; L. 6000 per 100 poveri circa; L. 500 quale uff. san.; L. 1500 mezzi trasp.; caro-viv. legale. Scad. 30 giugno.

RAVENNA. — Al 30 giugno 10ª condotta (fraz. Coccolia); età limite 35 anni; L. 7800 e 10 bienni del ventesimo; doppio caro-viv.; L. 2000 per cavallo o autoveicolo. Incirca abit. 3800 di cui un quinto a cura gratuita. Esercizio delle funzioni entro 20 giorni.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Consorzio con Scheggino; L. 6000; caro-viv.; tre quinquenni del decimo e L. 2000 per disagiata residenza. Scadenza 30 giugno.

S. BARTOLOMEO (*Como*). — Consorzio con S. Nazzaro e Carvagna; L. 6000 per 500 pov.; addizionale di L. 2.50; indennità trasporto L. 1000; caro-viv. L. 2400; assegno uff. san. L. 550. Scadenza 30 giugno.

Cercasi interinato. Scrivere dott. Amedeo Gioia, via Palestro, 87 - Roma (21).

Accetterebbesi interinato. Scrivere: dott. Serio, via Reggio, 29 - Roma.

Cercasi medico-chirurgo dentista che vorrebbe acquistare ambulatorio dentistico sito in ridente paese Venezia Giulia, reddito mensile 10.000. Per informazioni rivolgersi: Castellani, Posta Centrale. Casella Postale 391, Trieste.

Medico-chirurgo, quindici anni laurea, dieci servizi condotta accetterebbe interinato con probabilità nomina definitiva condotta possibilmente piana. Rivolgersi: Dott. V. Sansone, Bella (Potenza).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

I nuovi Senatori.

Con compiacimento rileviamo che alla dignità senatoriale sono stati elevati l'on. Edoardo Pantano e il comm. Alfredo Lusignoli.

Non tutti sanno che il Pantano, uno dei più preclari nostri uomini politici, è dottore in medicina e che durante la guerra egli prestò servizio militare come colonnello medico.

Il Lusignoli ha lasciato un grato ricordo di sè nella famiglia sanitaria romana quando, in qualità di R. Commissario, ebbe a sistemare l'Amministrazione degli Ospedali della Capitale.

All'uno ed all'altro vanno le nostre felicitazioni cordiali.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

A cura del Ministero per il lavoro e la previdenza sociale è stato di recente pubblicato il secondo volume degli Atti della Commissione incaricata della preparazione di uno schema di disegno di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Questa importante pubblicazione della Direzione Generale della Previdenza sociale comprende i verbali della Commissione e della Sotto-Commissione e completa ed integra, col primo volume, contenente gli studi preparatori, le relazioni e gli schemi di progetti di legge, la vasta materia, relativa al dibattuto problema.

Il volume comprende una lettera-prefazione del Direttore generale della Previdenza sociale all'onorevole ministro Labriola, i numerosi verbali della Commissione e della Sotto-Commissione e tre indici che agevolano, secondo diversi criterî, la consultazione e lo studio dei varî argomenti trattati.

Il Congresso degli Igienisti e le onoranze a Luigi Pagliani.

È stato tenuto a Trento, nei giorni dal 29 al 31 maggio, il Congresso degli Igienisti, terminato con le onoranze al prof. Luigi Pagliani. Ne daremo prossimamente il resoconto.

La Regina visita la R. Clinica medica di Roma.

S. M. la Regina, accompagnata dalla principessa di Montenegro e dal medico di Corte dott. comm. Quirico, si è recata al Policlinico Umberto I di Roma, a visitare il R. Istituto di Clinica Medica, che l'opera infaticabile del prof. Vittorio Ascoli ha in breve tempo messo a livello di ogni migliore clinica straniera.

La Regina, accompagnata dal prof. Ascoli, ha visitato le corsie, fermandosi ad ogni letto e rivolgendo parole di conforto ai singoli infermi; poi è passata nelle sale di soggiorno, in tutti gli splendidi laboratori e nelle abitazioni delle infermiere, dimostrando, oltre che il più vivo interesse, anche una assai rara competenza di apprezzamento.

Alla fine della visita, che è durata oltre due ore, la Regina ha espresso al prof. Ascoli con parole altissime il suo compiacimento per l'organizzazione dell'Istituto, che costituisce una scuola di clinica non solo degna di Roma, ma che fa onore a tutta Italia. L'Augusta signora ha regalato una cassa di libri per la biblioteca dei malati ed ha promesso di tornare ad onorare di Sua presenza l'Istituto.

Mentre risaliva in automobile, le è stato offerto un mazzo di rose rosse, omaggio improvvisato del personale della Clinica.

Corso di Ortopedia.

Dal 1° all'8 agosto presso l'Istituto Ortopedico di Berck (Passo di Calais) si terrà l'11° corso di Ortopedia indispensabile ai medici pratici (lussazione congenica dell'anca, piedi deformi, paralisi infantile, scoliosi, ecc., trattamento delle tubercolosi esterne: adeniti, ascessi freddi, coxalgia, morbo di Pott, tumori bianchi, ecc., trattamento pratico delle fratture); si faranno esercizi pratici individuali. Sono ammessi i medici stranieri. Tassa d'inscrizione fr. 150. Scrivere subito al dott. Foche, Institut Calot a Berck-Plage, ovvero alla Clinique Calot, quai d'Orsay, Parigi.

Una conferenza internazionale per la lotta contro le epizoozie.

Per iniziativa del Governo francese si è tenuta a Parigi una Conferenza internazionale allo scopo di concordare, fra le diverse Nazioni interessate, i provvedimenti atti a fronteggiare il pericolo di diffusione di talune malattie infettive degli animali a carattere largamente diffusivo e quindi capaci di sormontare le normali barriere sanitarie di confine.

A questa Conferenza hanno partecipato i rappresentanti di ben 43 Nazioni, vale a dire che ad essa si sono interessati nella quasi totalità i paesi civili.

Per l'Italia sono stati delegati il cav. di gran croce dott. Alberto Lutrario, Direttore generale della Sanità pubblica, ed il comm. dott. Carlo Bisanti, capo della divisione Zooiatrica presso la detta Direzione generale.

I lavori della Conferenza hanno assunto una grande importanza, sia per il particolare valore dei problemi messi in discussione, sia anche per l'intervento delle più alte personalità della scienza.

Dei due rappresentanti del nostro paese, il commendator Lutrario fu acclamato presidente di una delle tre Commissioni costituite per lo studio delle varie questioni; ed il comm. Bisanti fu designato relatore di altra Commssione presieduta da sir Stewart Stockman, primo delegato inglese.

I nostri rappresentanti ebbero il piacere di vedere accolti favorevolmente i punti di vista da loro sostenuti in taluni problemi esaminati dalla Conferenza e particolarmente in quelli riguardanti l'importazione e l'esportazione, lo scambio delle informazioni sanitarie, i provvedimenti di polizia sanitaria.

Fondamentale fu l'azione spiegata dal commendator Lutrario in relazione alla istituzione di un Ufficio permanente internazionale delle epizoozie da funzionare accanto all'Ufficio internazionale d'igiene per modo che venga a risultarne un completo organismo di profilassi internazionale.

L' Ospedale del Braz.

Il numero del 4 aprile del quotidiano « A Tarde » di São Carlos (Brasile) è in buona parte dedicato all'Ospedale chirurgico del Braz e al prof. Carlo Brunetti, che lo dirige, coadiuvato da un corpo sanitario numeroso e di prim'ordine. Migliaia di malati trovano annualmente ricovero e sono operati nel detto Istituto sanitario, sotto la vigile e sapiente cura del nostro valoroso connazionale, che noi ci onoriamo di aver avuto a compagno di lavoro nella redazione del « Policlinico ».

RASSEGNA DELLA STAMPA.

Medizinische Klinik, 22 maggio. — F. FRANKE. Ginnastica vasale. — H. BOEHM. Purpura vaiolosa.

The Boston Medical and Surgical Journal, 12 maggio. R. DE C. WARD. L'insegnamento della climatologia. — C. F. PAINTER. Edema ereditario.

The Journal of the American Medical Association, 7 maggio. — R. L. LEVY. La chinidina nella fibrillazione auricolare. — G. J. BUSMAN. Profilassi degli accidenti da arsenofenamina con l'antianafilassi e l'uso di atropina.

Berliner Klinische Wochenschrift, 23 maggio. — C. HART. Natura e azione delle glandole endocrine. — M. FRAENKEL. Il tessuto connettivo nel sistema endocrino. — H. HAAS. La chinidina nelle irregolarità cardiache.

La Riforma Medica, 21 maggio. — G. PARLAVECCHIO. Le ptosi viscerali. — N. SAMAJA. Calcificazione nel mediastino anteriore ed *eventratio diaphragmatica*. — D. TADDEI. L'eversione del fondo dei sacchi erniari inguino-ureterali aderenti.

Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1° maggio. — L. D. VERONESE. Potere ossidante del latte di donna e dispepsia del lattante.

Annali di Neurologia, 5 maggio. — S. D'ANTONA. Sintomatologia della encefalite epidemica. — T. SENISE. Etiologia della sclerosi a placche.

Paris Médical, 21 maggio. — P. SAINTON e P. CORNET. Due piccoli segni dell'encefalite epidemica: il mioclono provocato e il segno del frontale. — M. BOIGEY. Esagerazioni, errori e spirito di sistema nell'educazione fisica. — FOVEAU DE COURMELLES. Le emorragie uterine e la loro fisioterapia.

Rivista Sanitaria della Venezia Giulia, 15 maggio. — M. HESKY. Sul cosidetto opacamento anulare del Vossius ed i suoi rapporti con la presenza di pigmento nella camera anteriore dopo contusione del bulbo.

Wiener Klinische Wochenschrift, 19 maggio. — O. BAIL. Il virus batteriofago. — P. ERLACHER. Guarigione del rachitismo dopo irradazione con la lampada di quarzo.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 16 maggio. — W. BROUGHTON ALCOCK. Malaria latente.

La Riforma Medica, 28 maggio. — D. TADDEI. Infiltrato leucemico emorragico nei muscoli della coscia. — C. RIGHETTI. Terapia delle fratture basilari. — E. PESCI. Anafilassi terapeutica.

Revue de Médecine, n. 3. — G. CAUSSADE e P. CHARPY. Il salicitato di soda: accidenti; delirio salicilico.

Berliner Klinische Wochenschrift, 30 maggio. — L. FRAENKEL e F. C. GELLER. Irradiazione dell'ipofisi e attività ovarica. — W. OELZE. La Spirochaeta sporogona psoriasis.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 27 maggio. — HEINZ. Gli olî eterei: loro uso. — F. KÖNIG, A. BIER. Trattamento della tubercolosi chirurgica.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 17 maggio. — TUFFIER. Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta.

Zentralblatt für innere Medizin, 28 maggio. — E. KYLIN. Variazioni diurne della tensione arteriosa nel morbo di Bright.

Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang, apr. — G. LINDSTROEUR. Trattamento delle malattie del sangue con un siero leucolitico.

Journal de Médecine de Paris, 30 maggio. — CHARLIER. La radioterapia delle nevriti.

Wiener Klinische Wochenschrift, 26 maggio. — A. LUGER e E. LAUDA. Eziologia dell'erpete febbrile. — A. EXNER. Tubercolosi dell'aponevrosi palmare e contrattura di Dupuytren. — F. HAMBURGER e PH. ERLACHER. Carie ossea non tubercolare.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXVIII — Roma, 27 Giugno 1921 — Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE PREVENTIVE.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
diretto dal prof. ARNALDO MAGGIORA.

Contributo all'eziologia del Sodòku.

Nota preventiva.

Prof. G. B. STRETTI, primario all'Osp. Maggiore.
Dott. M. MANTOVANI, assist. all'Istituto d'Igiene.

Il caso oggetto del nostro studio si riferisce ad una donna di sessantaquattro anni, la quale fu morsicata da un topo al mignolo della mano destra il 10 ottobre 1920.

Otto giorni dopo ebbe il primo accesso febbrile e contemporaneamente si iniziarono le manifestazioni cutanee al dorso della mano.

Gli accessi si ripeterono poi ogni tre giorni circa per lo spazio di quarantacinque giorni, e furono accompagnati da prostrazione, cefalea, nausea, disfagia, vomito, diarrea e dolori vivi all'arto leso, al tronco e alle gambe.

La ferita alla mano, che non s'era rimarginata, fu sbrigliata dal medico in dodicesima giornata, essendo tumefatta e sede di dolore intenso.

La lesione aveva caratteri ulcerativi necrotici e guarì soltanto in seguito alla cura.

L'eruzione cutanea costituita da noduli lenticolari nummulati, rosso ciliegia, rilevati, dolenti, confluenti, si estese a tutto l'arto superiore destro, che divenne fortemente edematoso, e si manifestò anche con rari e piccoli noduli al dorso, al ventre ed agli arti inferiori.

Non vi fu mai prurito, nè ingorgo ghiandolare epitrocleare, ascellare, o nelle altre regioni del corpo. Non disturbi della sensibilità, o motività, o dei riflessi superficiali e profondi.

Leggerissima tinta subitterica delle sclerotiche; nelle urine traccie di albume. Leggera leucocitosi, reazione di Wassermann negativa.

L'iniezione di neosalvarsan (0,15) endovenosa portò la scomparsa della febbre, la desqua-

mazione cutanea rapida e abbondantissima, la risoluzione e scomparsa dei noduli, la guarigione della lesione ulcerativa-necrotica nella sede della morsicatura.

L'iniezione di neosalvarsan di (0,45) fu ripetuta dopo 16 giorni per precauzione.

Ricerche microscopiche. — Edotti dall'esperienza già fatta da uno di noi (Mantovani) nello studio di un malato di sodòku con spirochetosi, che si ripetè nelle cavie infettate con iniezioni ipodermiche di sangue *in toto* del malato, in questo secondo caso abbiamo potuto, seguendo un piano di ricerche più orientato, ottenere risultati e conferme non prive di interesse.

L'esame microscopico di un preparato di sangue periferico dell'inferma, raccolto durante l'acme di un accesso febbrile, e colorato col Fontana, mise in evidenza rarissime spirochete, piuttosto lunghe, esili, con volute poco appariscenti, di un colorito nerastro circondate da un alone chiaro.

Col Giemsa invece questi microorganismi apparivano tinti in rosa, con le spire non chiaramente differenziate.

Col sangue *in toto* estratto da una vena della ammalata furono iniettate sottocute sei cavie con circa cinque cc. di sangue per ciascuna. Le cavie erano tutte di peso medio.

Una morì il giorno dopo probabilmente per tossiemia, due dopo una ventina di giorni, ma non esaminate perchè credute vittime di un incidente banale, le altre tre furono studiate.

Di queste una morì dopo 30 giorni dall'iniezione patita. All'autopsia si riscontrò notevole ipertrofia delle ghiandole linfatiche in tutte le sedi, leggero tumore di milza, leggera ipertrofia delle capsule, forte congestione di tutti gli organi. Nulla di notevole in corrispondenza del punto di iniezione. Col sangue del cuore, allestito un preparato, fu guardato coll'ultramicroscopio. Si osservarono numerosissimi elementi parassitari mobili, e tanto mobili da rendere impossibile una chiara idea della loro morfologia, e pochissimi altri microrganismi con tutto l'aspetto di spirochete lunghe, tarde nel movimento a guisa di serpi o piccole anguille.

Elementi della prima e della seconda forma furono visti nel fegato abbondantissimi e nelle capsule.

In preparati di sangue colorati col Giemsa gli elementi corti apparvero come spirochete, corte, tozze, a cavaturacciolo, e flagellate, le lunghe esili, con poche volute, e non sempre con i flagelli evidenti.

Col Fontana si ripetè lo stesso fatto della presenza nel sangue e negli organi, di *due forme di spirochete*, senonchè le lunghe parevano più abbondanti negli organi, ma con flagello mancante, o non colorabile.

Col sangue della cavia morta e cogli organi emulsionati in soluto fisiologico si iniettarono cavie successive con infezione sempre mortale, dopo un periodo di tempo oscillante fra i venti o raramente trenta giorni.

Siamo al V passaggio da cavia a cavia e possiamo affermare che la malattia *si trasmette in serie* tanto col sangue quanto con gli organi. Le lesioni anatomo-patologiche macroscopiche sono rappresentate per lo più da poliadenite. Congestione di tutti gli organi e in una ultima cavia una *sindrome spiccatamente emorragica*.

Emorragia dei polmoni, interessante lobi interi, dell'intestino, del peritoneo, il rene mostra un vasto ematoma.

Emorragia delle capsule, dell'epididimo e della vescica, ecc.

Il reperto delle spirochete è costante: numerosissime nel sangue, e nel fegato, varie per frequenza negli altri organi.

L'infezione alle cavie si trasmette anche per ingestione d'organi infetti; alcuni esemplari di *mus decumanus*, varietà albina, infettati, non sono morti, come pure due gatti, uno iniettato sottocute con emulsioni d'organi, l'altro nutrito con cavie infette.

Le culture in terreni comuni del sangue del cuore delle cavie morte furono sempre negative per la presenza di schizomiceti.

Una volta sola una semina di sangue fu inquinata da una streptotrix (Nocardia) con qualche rara spirocheta.

Le culture dal sangue del cuore delle cavie e dagli organi *in terreno Reiter Ramm* diedero a vedere più o meno abbondanti spirochete con prevalenza delle forme corte.

Ora però superate alcune difficoltà iniziali inerenti alla scelta del terreno ed all'optimum della temperatura, possiamo disporre di culture rigogliose.

All'ultramicroscopio si osservano forme abbondantissime, lunghe, flagellate e altre corte, mobilissime; quelle si muovono come serpi, a scatti, alcune altre s'aggrovigliano, si snodano, e camminano agitandosi a frusta. I passaggi da cultura a cultura sono facili, e tutti sono patogeni per le cavie.

Le ricerche continuano per studiare il virus, e per cercarne gli eventuali rapporti con quello dell'ittero emorragico; tenendo presente la comunanza del naturale serbatoio (topo) e la proprietà di dare una sindrome anatomo-patologica talora identica intanto per il fattore emorragico. Tuttavia per ora si può concludere che anche in questo caso come in quello

precedente osservato nel 1919 da uno di noi (Mantovani) l'agente eziologico di quella sindrome che va sotto il nome di Sodòku, provocata nei nostri casi dal morso di un topo (mus decumanus), è rappresentato da una spirocheta.

Spirocheta diversa almeno morfologicamente dalle più note, diversa dal T. Pallidum di Schaudinn ed Hoffmann, dalla S. ictero-emoragiae di Ido ed Inada, e forse identica a quella descritta da Futachi ed Ischavara. Il virus si coltiva bene tanto in aerobiosi che in anaerobiosi nel terreno di Reiter-Ramm.

Le culture sono patogene e ripetono i fatti caratteristici della malattia. La cavia è un animale eminentemente recettivo; i gatti ed i topi bianchi non muoiono. Nelle cavie si ha una vera *spirochetemia*.

Il virus nei passaggi da cavia a cavia si esalta e talora dà una sindrome emorragica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE
MEDICA DIMOSTRATIVA
E DI CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA DI TORINO.
Direttore: prof. A. CECONI.

Sulla sintomatologia delle vie digerenti nell'anemia perniciosa progressiva

per il dott. PIERO BIFFIS, assistente.

Le alterazioni anatomiche e funzionali dell'apparato gastroenterico nell'anemia perniciosa, hanno sempre destato grande interesse, massime da quando è stato riconosciuto, almeno dalla grande maggioranza degli autori, che la malattia forma un quadro clinico a sè, nettamente differenziato in quello delle comuni anemie secondarie. È oramai risaputo che la glossite, la stomatite e la diarrea sono stati considerati un tempo quali sintomi, per quanto non costanti almeno secondo l'osservazione della malattia nei nostri paesi, importanti tuttavia così da far risalire ai medesimi tutta la responsabilità della patogenesi della malattia. In verità un tale modo di vedere ha ora sostenitori pochi ed isolati. Anche l'achilia gastrica, posta in evidenza una ventina d'anni fa da Martius e subito considerata come elemento patogenetico primigenio, ebbe in codesta sua interpretazione poca fortuna, poichè finora rapporti dimostrativi in proposito non furono riconosciuti. Ma essa tiene tuttavia nella sintomatologia della malattia un posto di primo ordine per la grande costanza con cui si presenta.

Martius ancora di recente (1916) confermava il concetto già espresso in precedenza della facile associazione dell'achilia gastrica con l'anemia p., l'una e l'altra riconoscendo come movente principale una debolezza primitiva costituzionale, rispettivamente dello stomaco e del midollo osseo.

Faber invece insiste nella vecchia teoria infiammatoria, secondo la quale l'achilia gastrica altro non rappresenta che la conseguenza di un processo infiammatorio della mucosa dello stomaco con conseguente atrofia (Fenwich, Ewald), il processo infiammatorio essendo, secondo Lüdke e Feyes, secondario all'azione sul sistema nervoso dello stomaco o sulla mucosa gastrica di sostanze tossiche le quali, nei casi che diremo a sintomatologia completa, agiscono anche sul midollo osseo, determinando il quadro intero dell'anemia p.

In un recente lavoro Weimberg, in base a numerose osservazioni cliniche ed anatomopatologiche personali e ad una severa critica di molti casi studiati anche da altri AA. (Faber, Bloch, Talma, Reicher, Stern, Weber, Schaumann, ecc.), nega che la gastrite rappresenti il movente primo dell'achilia gastrica nell'anemia p., ed appoggia il concetto di Martius, aggiungendo che questa forma di achilia è ben differente da quella secondaria al cancro dello stomaco o alla tisi polmonare, ecc.

In ogni modo secondo Weimberg nè la gastrite nè l'atrofia della mucosa sono elementi indispensabili per l'insorgenza dell'achilia gastrica, e questo tanto nei casi in cui essa si svolge, in apparenza o meno, come primitiva, quanto in quelli in cui essa è evidentemente secondaria. In vari casi studiati si trovò mancare qualsiasi traccia di alterazioni infiammatorie o nutritizie della mucosa, l'apparato ghiandolare presentandosi, coi nostri attuali mezzi d'indagine, del tutto normale (Martius, Faber, Pernin, ecc.).

Nei riguardi dell'anemia p. Ceconi accenna a una alterazione della mucosa che riveste a volte i caratteri della semplice atrofia (anadaenia ventriculi, di Ewald), a volte a questa aggiungendosi una più o meno estesa proliferazione del connettivo con retrazione del medesimo e conseguente rimpicciolimento dell'organo, così da arrivare alla cirrosi dello stomaco di Nothnagel. Sisto, su otto casi esaminati anche istologicamente, trovò sempre atrofia della mucosa gastrointestinale, a volte intensa, a volte appena accennata; in cinque casi ebbe a notare infiltrazione più o meno abbondante della sottomucosa, in uno infiltrazione e ipertrofia della muscolare.

Dei 13 casi studiati da Weimberg, un terzo presentò atrofia ghiandolare limitata al cardias, un altro terzo mancò di qualsiasi traccia di atrofia, nei rimanenti l'atrofia della mucosa era evidente, ma l'infiltrazione, nei pochi casi in cui fu riscontrata, fu sempre assai scarsa. L'autore mette in guardia sull'interpretazione delle alterazioni della mucosa gastrica che si possono rinvenire nell'anemia p., le quali dovrebbero essere considerate di natura cadaverica, ma che possono essere erroneamente interpretate di natura infiammatoria, come pure su certe alterazioni della mucosa gastrica di achilici, dovute alla facile sua ledibilità per cause nocive esterne (frustoli di mucosa che si rinvengono frequentemente nelle lavature gastriche), alterazioni che, secondo Martius, devono essere ritenute non causa, ma conseguenza dell'alterazione funzionale dello stomaco.

Del resto anche Faber riconobbe che il suo modo di vedere non era da accettàrsi come dimostrato, e finì da ultimo ad accostarsi all'opinione che l'achilia degli anemici perniciosi è ben diversa dalle forme sintomatiche, se non altro perchè in singoli casi può anche precedere di anni qualunque manifestazione clinica ed ematologica della malattia di Addison-Biermer.

In verità molte considerazioni basate su dati clinici attendibili depongono per la natura costituzionale dell'achilia gastrica nell'anemia p. Per la sua natura costituzionale parla innanzi tutto la sua ereditarietà che risulta in vari casi (Albu, Redner, Weimberg, ecc.); il suo carattere famigliare fu dimostrato oltre che dagli AA. ora citati, anche da Jung e da Martius in bambini discendenti da soggetti affetti da anemia p., e dallo stesso Weimberg, in un terzo dei congiunti (tutti bambini al disotto dei 10 anni nei quali era da escludere sicuramente la gastrite), di individui affetti da anemia p. È degno di rilievo che tutti questi soggetti esaminati non hanno mai presentato sintomi subbiettivi nè dati anamnestici (se si eccettuano quelli dell'ereditarietà), che potessero far sospettare alterazioni pregresse od in atto a carico dello stomaco.

Secondo Albu questa forma di achilia appartiene alle manifestazioni delle minorate resistenze costituzionali neuropatiche, le quali possono restare latenti anche tutta la vita o rendersi palesi e senza conseguenze, in seguito a trauma psichico o ad errori dietetici, o a una contemporanea debolezza (pure costituzionale) del midollo delle ossa, sotto l'influenza di cause svariate, dando allora luogo al quadro completo dell'anemia p.

L'achilia gastrica dunque nell'anemia p. altro non sarebbe che un'affezione primaria o congenita come forse anche primaria e congenita è la debolezza del midollo.

Prima di entrare nella questione sui rapporti esistenti tra le alterazioni anatomiche e funzionali dell'apparato gastroenterico ed anemia p., credo opportuno riferire sommariamente i dati più importanti di 30 casi di anemia p. studiati nella Clinica medica propedeutica di Torino.

***

I 30 casi di cui riferisco furono quasi tutti studiati da me personalmente durante il mio lungo soggiorno nella Clinica medica propedeutica di Torino. Dal punto di vista eziologico essi si possono dividere nella maniera seguente: 7 sono donne in cinque delle quali l'anemia si può mettere in rapporto con la gravidanza e col puerperio; in due manca qualsiasi dato eziologico; 23 sono uomini in cui le cause dimostrate come sicure sono: il botriocefalo in due, la sifilide pregressa in uno, la malaria in due. Per tutti gli altri manca un momento eziologico, per cui sono da considerarsi come criptogenetici. In conclusione 10 casi a causa nota, e 20 criptogenetici.

L'insorgenza della malattia non offre in generale particolarità che si discostino dalla solita maniera d'insorgere dell'anemia p.; si tratta di soggetti per lo più pallidi fino dall'infanzia, che però hanno sempre potuto attendere alle loro occupazioni anche faticose; l'appetito sempre buono, la digestione facile, le forze sostenute, lo stato di nutrizione discreto. L'anamnesi riuscì sovente a mettere in rilievo come da tempo questi P. avvertissero una certa debolezza generale, o il cardiopalmo o il respiro pesante per lavori anche di poco conto, disturbi però che non impedivano a loro di attendere alle abituali occupazioni. Di solito, specialmente negli uomini, è stata l'insorgenza della diarrea, o di emorragie talora così imponenti da alludere a una vera diatesi emorragica, o della febbre, o, più frequentemente, di un rapido decadimento delle forze che li condusse alla nostra osservazione.

La maggior parte venne a noi in condizioni di estrema anemia (globuli rossi intorno o anche sotto al milione) pur essendo lo stato di nutrizione aparentemente buono; solo pochi si presentarono in condizioni discrete, con numero di globuli rossi che si aggirava intorno ai due milioni. La leucopenia non mancò in

nessun caso. Il valore globulare aumentato, l'anisocitosi, la poichilocitosi, inoltre i megalociti ipercromici, i megaloblasti, in tutti i casi completarono il quadro ematologico indispensabile per la diagnosi.

Casi che non rispondevano a questo concetto diagnostico e mancavano del valore globulare aumentato, della leucopenia, o di megalociti ipercromici furono da me lasciati da parte. Qualcuno di questi, coi dati dell'autopsia alla mano, si è dimostrato corrispondere al concetto dell'anemia p. aplastica e della pseudoaplastica, ma i più sono casi studiati nella nostra clinica in un tempo relativamente lontano, quando della malattia in questione non era ancora ben precisato il significato ed il confine delle manifestazioni cliniche ed ematologiche. Perciò, come ho avvertito più sopra, in questa trattazione ho tenuto conto soltanto dei casi da me personalmente studiati.

Nei riguardi della sintomatologia gastroenterica si può dire che i disturbi relativi non mancarono mai, essendo stati tuttavia i medesimi avvertiti quasi sempre o durante la degenza dei malati nella Clinica, o qualche settimana prima. In un solo caso la diarrea si protraeva intermittentemente da qualche anno, alternandosi a periodi di stipsi. La stomatite fu osservata in due casi in periodo avanzato della malattia, la glossite, di cui tanto parlano gli AA. stranieri, mai. La mancanza assoluta dell'appetito, l'avversione ai cibi, specialmente alla carne, furono accusati soltanto nei momenti di maggior gravità della malattia.

Nel maggior numero dei casi la funzione digestiva non ha dimostrato disturbi subbiettivi di grande importanza; solo da qualcuno fu accusata una digestione lunga e laboriosa, con senso di peso e di ripienezza dello stomaco, o anche con vere sensazioni dolorose in corrispondenza della regione epigastrica (4 casi). Il vomito si trova registrato in rari casi, più spesso nelle donne che negli uomini. Degno di particolare menzione è un caso sul quale mi tratterrò più oltre, nel quale si palpava una tumefazione in corrispondenza della regione epigastrica, che compariva accessualmente durante la digestione e simulava in tutto un tumore vero e proprio (spasmo del piloro).

L'esame della funzionalità gastrica ha dimostrato in 29 casi di achilia, in qualche caso esistendo tuttavia acidità del succo gastrico, in tre anche la presenza dell'acido lattico. In una donna l'achilia si stabilì durante la degenza della malata nella clinica. In un uomo con anemia p. da botriocefalo, invece, la funzionalità dello stomaco si presentò sempre normale.

In una metà circa fu constatata l'ipermotilità dello stomaco: la solita colazione di prova (Ewald) scompariva dallo stomaco completamente dopo 1/2-3/4 d'ora dall'ingestione.

A carico dell'intestino sono da segnalare talora diarree, talora stipsi, altre volte periodi di stipsi alternantisi con periodi di diarrea; nella metà circa alvo regolare.

Da ricordare infine la frequente ma non continua indacanuria e la costante urobilinuria, spesso anche molto intensa.

***

I 30 casi studiati e riferiti in maniera sommaria nei dati positivi più importanti, mentre non presentano particolare interesse dal punto di vista della sintomatologia, che si comporta come nella maggior parte dei casi di anemia p., meritano invece una qualche considerazione per quanto si riferisce alle alterazioni dell'apparato gastroenterico.

Alterazioni della bocca. — Intorno alle medesime molto s'è scritto in passato da autori stranieri, tanto che su di esse s'è imperniata anche la patogenesi di tutta la malattia, e molto si scrive anche oggigiorno per quanto l'importanza loro sia ora ridotta entro a confini più modesti. Presso di noi esse devono essere molto rare, se Ceconi 10 anni or sono affermava di non averle mai osservate, e da allora in poi solo in due casi fu constatata nella nostra clinica una stomatite, manifestatasi del resto in un periodo tardivo della malattia, con ogni probabilità dovuta alla diatesi emorragica, che nei soggetti in questione aveva per sede preferita la bocca, e in nessuno la glossite sull'importanza della quale, massime dal punto di vista diagnostico essendo essa descritta come molto precoce di fronte al resto della sintomatologia, qualche autore anche di recente insiste in modo particolare.

Non è qui il caso di ricordare in quale modo le lesioni della bocca sono state chiamate in causa a spiegazione della patogenesi della malattia, essendo noto a tutti come sulla medesima riposi la teoria cosidetta infettiva dell'anemia p. di Hunter, e in fondo anche quella tossica di Grawitz. Degno di nota in ogni modo è il fatto che queste alterazioni sono molto frequenti, così da esser ritenute costanti, se ad esse si fa risalire la spiegazione patogenetica della malattia, in determinati paesi, mentre da noi sono invece rarissime. Il fatto se da un lato dimostra la mancanza di qualsiasi rapporto da causa ad effetto tra le medesime e la genesi della malattia, può

esser d'altra parte spiegato sulla guida di semplici nozioni di patologia generale, la quale insegna che la malattia stessa può presentare qualche variazione nella fisionomia sua da regione a regione.

Sulla glossite, come ho avvertito più sopra, si è fermata in modo speciale l'attenzione anche di AA. moderni, non più per la sua importanza patogenetica alla quale nessuno crede, ma per quella diagnostica potendo essa presentarsi in maniera da non sfuggire all'osservazione (arrossamenti e abrasione circoscritta della mucosa della lingua, con tumefazione delle papille, a volte semplici sensazioni di bruciore senza visibili alterazioni anatomiche) anche in momento molto precoce della malattia, quando della medesima manca ogni altro segno tangibile. Naegeli osserva in proposito come in casi simili, se si esamina il sangue, anche trovando il medesimo in condizione ottima per il contenuto emoglobinico, si trova un valore globulare superiore, a volte anche non di poco, all'unità. L'alterazione della lingua esiste dunque quando già esiste l'alterazione del sangue che è caratteristica dell'anemia p., pur non essendo ancora apprezzabile, dal punto di vista clinico, un vero stato anemico; la glossite, in altre parole, non è un sintomo precursore dell'anemia p., può in ogni modo costituire una prima avvisaglia della medesima, da indurre all'esame del sangue, che solo può assicurare la diagnosi. Ciò va notato perchè alterazioni della lingua come quelle descritte si possono osservare anche in soggetti per il rimanente del tutto sani, o disturbati da semplici e banali sofferenze gastriche.

Com'è noto le alterazioni della lingua erano da Hunter messe in rapporto con una nevrite, e alla nevrite, secondo l'autore inglese, dovevano attribuirsi anche tutte le altre manifestazioni che nell'anemia p. colpiscono le vie digerenti, lo stomaco e l'intestino. Faber insiste, invece che sulla glossite, sulla atrofia della mucosa della lingua alla quale egli attribuisce la poca tendenza che presenta la lingua nell'anemia p. a divenire patinosa, il deposito patinoso essendo favorito da quelle condizioni che favoriscono la proliferazione e la desquamazione dell'epitelio e l'aumento numerico o l'ipertrofia delle papille, che costituiscono un ambiente culturale ottimo per funghi e batteri. Ho creduto opportuno di citare questo autore, perchè l'osservazione nostra, che del resto è limitata alla clinica, corrisponde a quanto egli afferma, avendo noi nel grandissimo numero dei casi osservati, rilevato la mucosa della lingua libera da patina, sottile e scarsamente provvista di papille anche alla base.

Faber riferisce anche di un altro fatto che forse ha importanza e perciò merita di essere preso in considerazione nello studio dei casi: l'acidità della saliva, che egli mette in rapporto con l'alterazione della secrezione specifica dello stomaco, così da affermare che tutte le volte che si rinviene la saliva acida, rispettivamente atrofica la mucosa della lingua, dobbiamo diagnosticare una achilia gastrica, anche senza la prova della sonda. Nulla possiamo dire su questo fatto, la reazione della saliva non essendo da noi stata saggiata, in verità, in nessun caso, certo che i fatti riferiti da Faber e riassunti in conclusioni precise e tassative, meritano di essere ulteriormente controllati.

Alterazioni dello stomaco. — Più importanti delle alterazioni della bocca sono quelle che riguardano la funzionalità dello stomaco o, in altre parole, l'achilia gastrica sulla quale, come è noto, si fondano alcune delle teorie sulla patogenesi della anemia p., da quelle di Combe nel 1822 ripresa poi e modificata da Addison, da Hunter e da altri i quali credono essere l'anemia p. alle dipendenze di una incompleta elaborazione dei cibi, a quella un po' modificata di Grawitz, secondo la quale i cibi, non sterilizzati dall'HCl dello stomaco, sarebbero un buon mezzo di cultura per i germi che entrano per la bocca, e verrebbero quindi assorbiti dalla mucosa gastrointestinale non completamente elaborati, riuscendo tossici per il sangue. Sappiamo che queste teorie hanno trovato facili confutazioni nelle achilie che decorrono senza dare sintomi di sorta (Ceconi), nei dati del ricambio che si comportano secondo la norma (H. Strauss), ed in quei casi di a. p. che vengono a guarigione persistendo l'achilia gastrica (Ceconi).

Nei casi della Clinica Medica Propedeutica di Torino, dei quali mi sono occupato, l'achilia gastrica si è constatata in tutti meno in uno di anemia p. da botriocefalo, in tutti tuttavia la digestione dei cibi compiendosi in maniera soddisfacente.

La questione della mancanza di achilia gastrica nel decorso dell'a. p., si è molto dibattuta per il passato e si dibatte tuttora. Nella anemia p. ad eziologia conosciuta (qualora si voglia ancora mantenere la distinzione, del resto non del tutto giustificata, delle anemie p. in idiopatiche e sintomatiche), è da molti AA. ammesso che l'achilia gastrica può mancare in qualche caso. Dalla statistica dei casi di Rosenquist, Schaumann, Sahli, Bruhm, ecc., di anemie p. da botriocefalo, risulta che in

un terzo circa dei casi il succo gastrico è normale. Nell'anemia p. da gravidanza o da allattamento le statistiche sono meno complete; nei casi di Schupbach, Bayer, Ceconi, Gurowitsch, Roth, Weimberg, l'achilia gastrica fu sempre presente, mentre in un caso di Jungmann e in uno di Micheli la secrezione gastrica era normale o di poco alterata. Qualche volta si può assistere, come in uno dei casi da me riferiti ed in uno di Schupbach, allo stabilirsi dell'achilia in un periodo inoltrato dello stato anemico.

Nelle anemie p. ad eziologia ignota, in quelle anemie p., in altre parole, dette criptogenetiche, i pareri sono al riguardo discordi. Naegeli, Ceconi, Martius, avendo trovato in tutti i loro casi achilia gastrica, giudicano giustamente questo sintoma di grande valore diagnostico, pari a quello delle alterazioni del sangue. Tuttavia anche tra queste anemie idiopatiche furono talvolta descritti casi nei quali esisteva HCl libero (Stern, Weber); mentre una minuta analisi dei sintomi presentati da questi soggetti potè convincere che la diagnosi di anemia di Addison-Biermer non poteva esser messa in dubbio. Del resto anche Grawitz, Morawitz, Sahli, Strauss, Arne, Faber, Rosenquist, Moraczewiski, ammisero l'esistenza di a. p. ad eziologia sconosciuta, senza achilia. Ehrlich e Lazzarus trovarono nella maggioranza dei casi vicino ad un'acidità magari normale del contenuto gastrico, una forte diminuzione della secrezione gastrica specifica, sovente achilia.

Oltre a queste forme (e sono le più frequenti), di anemia p. conclamata, con o senza achilia, esistono anche altre che colpiscono specialmente soggetti discendenti da malati di anemia p. (Jung, Albu, Redner, Martius, ecc.), caratterizzate da alterazioni ematiche tipiche dell'anemia p., ma senza l'anemia, senza il decadimento delle forze, e con achilia gastrica. Sono questi, secondo Weimberg, casi di anemia p. latente, nei quali la debolezza funzionale del midollo osseo è tradita dalle note ematologiche dell'anemia p., e cioè dal valore globulare superiore all'unità, da normoblasti, da megalociti ipercromici, leucopenia con linfocitosi relativa, ecc. Tutti questi soggetti, secondo Weimberg, potranno diventare dei veri anemici se interverrà un vero esaurimento del midollo osseo.

L'achilia gastrica dunque, per quanto in casi molto rari, e, secondo l'osservazione della Clinica Medica Propedeutica di Torino, rarissimi, può mancare in tutto il decorso dell'anemia p. e può anche insorgere tardivamente in piena sintomatologia. D'altra parte sappiamo che l'achilia può decorrere anche per tutta la vita senza accompagnarsi allo stato anemico (anemia p. latente); sappiamo infine che esistono casi di anemia p. venuti a guarigione ma nei quali persiste achilia gastrica, e di altri ancora nei quali con la guarigione dello stato anemico scompare l'achilia. Tutte queste possibilità, come di leggeri si comprende, rendono non difficile l'interpretazione di questo sintomo nella patogenesi dell'anemia p.; tra achilia gastrica, in altre parole, ed anemia p., non esisterebbe alcun rapporto dimostrabile, da causa ad effetto.

Tuttavia poichè la maggior parte dei casi di anemia p. decorrono con achilia gastrica acquistando anzi non infrequentemente questo sintoma notevole importanza nei riguardi della diagnosi della malattia, si può pensare che in questi casi possa esistere una predisposizione dell'apparato emopoietico e dell'apparato gastrico ad ammalare contemporaneamente e successivamente per la stessa causa nota o sconosciuta che porta al quadro dell'anemia p. Se poi ammettiamo in base ai casi anemia p. famigliare, che questa predisposizione consista in una debolezza congenita del midollo delle ossa e dello stomaco, possiamo anche ammettere come giustificata la vecchia affermazione di Martius, dallo stesso autore e da Naegeli confermata anche di recente, essere cioè primaria tanto l'alterazione dello stomaco quanto quella del midollo.

Nell'anemia p. quindi l'achilia gastrica, quando esiste, è, con molta probabilità, la conseguenza di uno stato di debolezza congenita o acquisita dello stomaco o del suo apparato secretore o nervoso, come primaria può ritenersi anche la debolezza del midollo osseo, l'una o l'altra potendo in casi singoli mancare (o restare latente), e rendersi palese in maniera precoce o tardiva in seguito ad uno stimolo che può essere vario, come varia è l'eziologia dell'anemia p.

A carico dello stomaco, oltre l'achilia fu con una certa frequenza osservata l'ipermotilità. Nei casi da me riferiti questo sintoma non è quasi mai mancato da quando su di esso fu richiamata l'attenzione, essendo stato constatato sovente anche con l'esame radiologico. Ma anche secondo le storie cliniche più vecchie risulta che l'ipermotilità dello stomaco effettivamente esisteva anche in molti dei casi in esse raccolti, essendo svelata dalla scarsità del contenuto gastrico estratto e anche dal fatto che lo stomaco fu trovato sovente del tutto vuoto al momento dell'introduzione della sonda dopo la colazione di prova.

Non riesce certamente cosa facile l'interpretazione della ipermotilità gastrica negli stati di achilia in genere e particolarmente nell'achilia dell'anemia p. nella quale pare sia più frequente. Si sa infatti che l'ipermotilità dello stomaco si manifesta per lo più nella ipercloridria, per l'irritazione prodotta sullo stomaco dall'eccesso di HCl libero. È evidente quindi l'imbarazzo in cui si trova chi deve spiegare lo stesso fenomeno nelle achilie, tanto che qualche A., constatato il fenomeno come inspiegabile secondo i dati della fisiologia dello stomaco, tende ad ammettere leggi patologiche ignote (Canon), concetto questo che, almeno in tesi generale, tutti ammetteranno di certo pensando a tante cose che ancora sono ignote in patologia. Taluni casi studiati nel nostro Istituto hanno messo in dubbio (Ceconi) che la rapida scomparsa del contenuto gastrico nell'anemia p. non sia dovuta ad una aumentata motilità, a una ipercinesi gastrica, ma a un fenomeno in certa maniera opposto, a un fatto anzi di paralisi della musculatura pilorica, per cui l'orifizio si rende incontinente. L'imagine radiografica nei casi nostri, in verità, parlava evidentemente in questo senso.

L'ipermotilità gastrica in genere, come prima s'è avvertito, è accompagnata anche da uno spasmo del piloro, ciò che vuol dire da una chiusura del medesimo, e lo spasmo ripetendosi oltre misura può portare alla ipertrofia e quindi alla stenosi (benigna) dell'orifizio pilorico.

Questo concetto della ipermotilità applicato alla spiegazione del precoce svuotamento dello stomaco (il quale potrebbe anche essere invocato a suffragio della teoria gastrotossica dell'anemia p.), si trova a spiegare, almeno in apparenza, un altro fenomeno osservato nella malattia, la contrazione spastica cioè, osservata in taluni casi, del piloro, accompagnata da dolore locale e dalla comparsa di un tumore più o meno nettamente palpabile nella regione pilorica e che scompare gradatamente, a volte nello spazio di due o tre giorni, mentre il dolore scompare in un termine di tempo relativamente minore. Questo fenomeno, sul quale insiste Naegeli, deve essere molto raro, se altri AA. non ne fanno parola, e se nella nostra Clinica fu osservato, nella maniera del resto la più dimostrativa, in un sol caso e due sole volte nello spazio di più di due mesi di osservazione. Sarebbe esso per avventura in rapporto con quella ipermotilità da me negata più sopra, come conseguenza immediata della medesima? Che una tale spiegazione si debba ammettere nel caso in questione non occorre di negare, essendo il fenomeno appunto perchè isolato, raro, episodico, in un singolo caso, poco atto a esser messo in rapporto con l'altro, ben più frequente, del rapido vuotarsi dello stomaco nell'anemia p. E sarà anzi molto istruttivo di sapere che nel caso stesso le varie prove fatte coi soliti metodi di indagine, compreso il radioscopico, svelò sempre la incontinenza del piloro, e mai fenomeni di ipertonia gastrica o pilorica, lo spasmo del piloro, doloroso e rilevabile alla palpazione sotto forma di tumore, essendosi manifestato due sole volte e sempre in assoluta indipendenza dalle prove da noi tentate e per cause che non poterono essere apprezzate. Secondo l'opinione nostra, dunque, il rapido e precoce svuotarsi dello stomaco che è una manifestazione molto frequente, se non proprio costante, dell'anemia p. è da attribursi a una insufficienza del piloro, piuttosto che a una ipermotilità dello stomaco, nel mentre in singoli casi, che in ogni modo sono tutt'altro che frequenti, si deve ammettere che in momenti diversi, sotto l'influenza di cause non sempre apprezzabili, si possano avere manifestazioni di paralisi o di spasmo dell'orifizio pilorico. Tentativi di spiegare queste particolarità della patologia gastrica che si osservano nell'anemia p. sulla guida delle note vedute della scuola di Vienna, ammettendo una innervazione per così dire antagonista del corpo dello stomaco (simpatico) e dei suoi orifizi (vago), mi sembrano destinati a rimanere nel campo delle esercitazioni teoriche, e a non portare luce alcuna nell'argomento.

Difatti se la fisiologia è esplicita nel riconoscere l'importanza del vago nel governo dei due orifizi, così che qualunque manifestazione ipercinetica a carico dei medesimi può essere considerata come di natura vagotonica, altrettanto non si può dire del simpatico nei riguardi del corpo, meglio dirò della musculatura delle pareti dello stomaco, sulle quali sembra che il sistema autonomo, e più precisamente anche il vago, eserciti una non trascurabile influenza.

La possibilità che lo spasmo del piloro ripetendosi con frequenza e per periodi di tempo sempre maggiori, possa portare una ipertrofia e con ciò a una sintomatologia funzionale ed effettiva di stenosi organica del piloro, la qual cosa è pur stata osservata in casi di anemia p., mi porta a dire della diagnosi differenziale col cancro dello stomaco, che in taluni così può imporsi per dubbi e incertezze della massima importanza che l'esame funzionale dello stomaco rende sempre

più assillante. È l'esame del sangue che in casi simili scioglie ogni dubbio, nel mentre l'assenza di acido lattico nel succo gastrico, l'urobilinuria e la eventuale presenza di qualche altro sintomo sconosciuto al cancro, più che tutto delle manifestazioni della diatesi emorragica che vanno ricercate massime nell'esame del fondo dell'occhio, possono costituire un primo spiraglio a dirigere la diagnosi verso l'anemia p., per lo meno a distoglierla dal tumore maligno dello stomaco. Ma la diagnosi differenziale in questione, può rendersi necessaria anche in casi in cui manca qualsiasi segno oggettivo atto a mettere nel dubbio della esistenza di un cancro dello stomaco. L'anemia p. in singoli casi si inizia, per lo meno si rende palese fin da principio con sintomi tutti o quasi a carico dello stomaco; perdita dell'appetito che va gradatamente aumentando fino alla ripugnanza verso i cibi, nausee frequenti, conati di vomito, a volte anche vomito, nel medesimo magari essendo abbondante il sangue, digestioni lunghe, laboriose, con senso di ripienezza dello stomaco ed eruttazioni acide. In queste condizioni l'alimentazione essendo insufficiente, interviene anche un graduale impoverimento della nutrizione, che raramente si osserva nell'anemia di Addison-Biermer e che anche per medici molto avveduti e cauti nella diagnosi, fa di necessità pensare al cancro dello stomaco. Qualche caso con un comportamento simile, fu studiato nella nostra Clinica, e la diagnosi con l'attento esame del sangue, potè essere assicurata. L'insieme dei fatti a carico dello stomaco può in ogni modo essere così pronunciato, chiaro ed espressivo, da rendere incredulo il chirurgo di fronte alla diagnosi fatta dal medico, e da indurlo, come è avvenuto in un caso nostro in cui non esisteva nessuna traccia di tumore palpabile, a cercare la dimostrazione del proprio torto nell'atto operativo.

Alcune cose occorre di aggiungere a proposito del comportamento dell'appetito nell'anemia p. Disturbi dell'appetito sono sempre accusati dai pazienti quando la malattia è in piena evoluzione, e disturbi dell'appetito sogliono anche in non pochi casi accompagnare la malattia in sull'inizio, destinati in seguito ora ad accentuarsi con l'affermarsi e col progredire dello stato anemico, ora invece a rimanere stazionari, magari anche a migliorare alquanto, mentre il miglioramento è sempre cospicuo, rapido e decisivo nei momenti in cui lo stato anemico comincia a migliorare. Secondo l'osservazione della nostra Clinica, meglio ancora dell'esame del sangue, nel quale le crisi di sangue sono molto meno frequenti, per lo meno molto meno facili ad essere sorprese che comunemente non si creda, dal comportamento dell'appetito oculatamente sorvegliato si possono trarre giudizi pronostici importanti. Le prime avvisaglie del miglioramento dell'emopoiesi sono date precisamente molto spesso dall'appetito, che a volte nel periodo di pochi giorni si esalta in maniera sorprendente, e si rende cospicuo, mentre il sangue tradisce modificazioni favorevoli ancora di poco conto. A noi è avvenuto di assistere a un tale fortunato comportamento in casi nei quali la composizione del sangue era di tanto scesa, da far pensare all'esito letale a breve scadenza.

Alterazioni dell'intestino. — Nelle 30 osservazioni di cui ho riferito, non sono mancati in singoli casi disturbi a carico dell'intestino, però i medesimi non furono così frequenti nè così gravi e intensi da dominare sulla rimanente sintomatologia, e da influire sugli esiti della malattia. Solo in casi rari si sono viste diarree protrarsi oltre una o due settimane con scariche frequenti, per quanto non eccessivamente profuse, sufficienti però per dare un'evidente denutrizione, che, come è noto, generalmente manca nei malati di anemia p.; in non rari casi invece la stipsi si alterna con periodi di diarrea.

Secondo qualche A. la diarrea sarebbe la conseguenza dell'achilia gastrica nel senso che la mancata digestione peptica degli ingesti sarebbe causa di un'irritazione dell'intestino e quindi di un aumento della sua peristalsi. Però questa supposizione sostenuta anche di recente da Robertes, trova facile confutazione non solo nella non poca frequenza dei casi di anemia p. che decorrono con achilia gastrica e senza diarrea, ma anche quelli che vengono a guarigione, nei quali pur persistendo l'achilia, cessa completamente la diarrea; infine in quelli nei quali l'achilia gastrica si accompagna a stipsi. Ma occorre tuttavia di osservare che non infrequentemente la diarrea degli anemici p. si corregge e si sopprime con la introduzione *per os* dell'acido cloridrico, mentre i comuni astringenti restano senza effetto.

Recentemente Gross ha tentato di mettere la diarrea alle dipendenze di una contemporanea diminuzione od abolizione della secrezione esterna del pancreas (achilia pancreatica). La persistenza della diarrea che, come s'è detto, per lo più non cede ai comuni astringenti intestinali, la possibilità che la stessa causa che agisce sullo stomaco causando l'achilia gastrica possa agire anche sul pancreas (almeno nei casi che decorrono con diarree profuse ed ostinate), sono argomenti

che se servono in parte a giustificare questa supposizione, la lasciano tuttavia soltanto allo stato di semplice ipotesi. Per ciò in cotesto riguardo, come del resto nel riguardo di altri elementi della malattia, occorre di tenere ogni giudizio in sospeso.

Al prof. Ceconi, che con tanto amore attese allo studio di questi casi e che mi fu largo di consigli e aiuto, le mie più vive azioni di grazie.

CONCLUSIONI.

1) Nell'anemia p. le alterazioni della bocca sono rare nei nostri paesi e devono essere ritenute conseguenza non causa della malattia.

2) L'achilia gastrica, per quanto in casi rarissimi, può anche mancare; si produce talvolta tardivamente rispetto alle alterazioni del sangue e può essere interpretata, secondo Matius, come conseguenza di una debolezza congenita o acquisita dello stomaco o del suo apparato secretore o nervoso; alla sua volta, ad ogni modo, non è causa dell'anemia p.

3) Il rapido vuotamento dello stomaco, molto frequente nell'anemia p. progr., è dovuto non ad un'ipermotilità dello stomaco, ma ad un'insufficienza del piloro, mentre i fenomeni di spasmo pilorico, di osservazione del resto molto rara, sono da riconoscersi come vagotonici.

4) Piuttosto oscura è l'interpretazione della diarrea (non frequente secondo la nostra osservazione, nè mai tanto intensa da influire decisamente sull'esito della malattia), per quanto *ex juvantibus* (acido cloridrico *per os*), la si possa mettere in rapporto con l'assenza dell'acido cloridrico nel succo gastrico.

BIBLIOGRAFIA.

ALBU. Münchener med. Woch., 1913, vol. II, pag. 2364.
CECONI. Riforma Medica, annata XXIII, n. 27.
CECONI. *Relazioni generali sul tema: Anemia p.*, XXI Congresso di Medicina interna, Torino, 1911.
CECONI. Rivista critica di Clinica medica, 1910.
FABER ARNE. Zeit. f. Klin. med. Bd. 85, H-f. 3-4.
GROSS. Münchener med. Woch., 1912, n. 51.
HUNTER. Lancet, gennaio-febbraio, 1903.
KLEEMANN ANNA. Deut. Arch. f. Klin. Med., 1919, Bd. 128, Hf. 5-6.
MARTIUS. Medizinische Klin., 1916, n. 18.
MICHELI. Folia Medica, 1916, n. 6, 8, 9, 10.
NAEGELI. Deut. Arch. f. Klin. Med., 1917, Bd. 124, Hf. 3-4.
REIFUSS. American Journal of the med. Sciences, luglio 1915.
ROBERTES. American Journal of the med. Sciences, 1916.
SISTO. Il Policlinico, 1914.
WEIMBERG. Deut. Arch. f. Klin. Med., Bd. 126.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPED. INFANTILE REGINA MARGHERITA DI TORINO.
SEZIONE MEDICA diretta dal prof. E. MENSI.

Sulla vaccinoterapia degli stati tifosi nell' infanzia.

Dott. GUGLIELMO SALVETTI, assistente.

Nell'ultimo ventennio è sorto e si è andato gradatamente sviluppando il concetto di combattere le malattie infettive accrescendo i poteri reattivi a mezzo dei quali l'organismo si difende in modo spontaneo.

È così nata la vaccinoterapia, la cui legge fondamentale risiede nell'elaborazione da parte dell'organismo animale di un anticorpo corrispondente ad ogni sostanza albuminosa estranea in esso introdotta e nel fatto che tale anticorpo è in quantità superiore a quella necessaria per neutralizzare la sostanza estranea introdotta.

Due elementi sono in rapporto ai poteri difensivi dell'organismo: i leucociti e le sostanze antibatteriche del siero sanguigno; i primi aventi qualità essenzialmente fagocitiche, le seconde combinantesi con gli elementi contenuti nei corpi batterici e modificanti questi in modo da renderli digeribili dai leucociti (batteriolisine, opsonine, ecc.).

Principio fondamentale della vaccinoterapia fu in passato quello di introdurre nell'organismo infetto dei germi identici e simili a quelli che avevano prodotto l'infezione, e di introdurli uccisi o comunque attenuati, in modo che il loro protoplasma conservasse le sue proprietà specifiche.

Tale principio si allargò in seguito nel senso di introdurre anche vaccini aspecifici comprendenti vaccini batterici eterologhi, proteine batteriche aspecifiche, proteine abatteriche, alcuni derivati albuminoidei, i colloidi, ecc.

Occupandosi di vaccinoterapia, conviene tener sempre presente la cosiddetta « fase negativa », quel periodo, cioè, immediatamente consecutivo all'introduzione del vaccino, nel quale i poteri organici difensivi restano diminuiti; tale fase è in genere proporzionata alla quantità dei microrganismi introdotti.

Prima di procedere alla vaccinoterapia, sarebbero teoricamente necessarie le misurazioni dell'indice opsonico dell'infermo da iniettare, ma in pratica basta tener conto che ogni abbassamento dell'indice opsonico è accompagnato da peggioramento e viceversa; una attenta osservazione dello stato generale di un ammalato e delle condizioni locali di un focolaio d'infezione possono quindi fornire una guida sufficientemente esatta al medico curante.

Al recente Congresso di Pediatria (Trieste, settembre 1920) la vaccinoterapia delle malattie infettive costituì uno dei temi più largamente trattati; la relazione di Di Cristina e di Caronia è nel suo complesso grandemente favorevole all'impiego dei vaccini.

Non credo necessario riferire in disteso le conclusioni dei due autori, alle quali rimando; voglio però ricordare un principio generale affermato dal Di Cristina, secondo il quale il meccanismo d'azione dei vaccini usati a scopo di terapia non è ben chiaro, perchè intervengono fattori di compenso ancora non bene studiati, i quali spiegano spesso azione imponente.

Per quanto più particolarmente concerne la vaccinoterapia del tifo, dopo i primi tentativi di Fraenkel e Petruschki, altri autori in grande numero si sono occupati dell'argomento e si sono dimostrati, nella grande maggioranza, favorevoli al nuovo metodo terapeutico.

Il Weil compilò nel 1913 la statistica di 1318 casi di tifo vaccinati con una percentuale del 5 % di mortalità e di 7.57 % di ricadute.

Ma le ricerche veramente dimostrative sono posteriori al 1914 con l'introduzione della via endovenosa da parte di Ishikawa.

A detta di Caronia, la vaccinoterapia antitifica ed antiparatifica non avrebbe ormai oppositori.

Tra le ricerche più recenti al riguardo vi sono quelle appunto di Di Cristina e Caronia.

Dal Di Cristina il vaccino fu ottenuto sottoponendo a lisi i batterii durante la fase iniziale del loro sviluppo, ottenendo così un prodotto che contiene in massima parte i derivati della proteolisi batterica. Furono trattati 15 casi lievi e gravi in vari periodi di malattia ed alcuni con complicanze, sia in bambini che in adulti. Fu sempre notato un effetto benefico a volte anche rapido tanto sopra i sintomi generali, che sopra i fenomeni locali.

Il Caronia adoperò due tipi di vaccini antitifici sul tipo di quelli proposti dal Di Cristina; questi vaccini esplicarono, a detta dell'autore, sempre una rapida azione sugli ammalati; le prime a risentirne gli effetti furono le condizioni generali e quelle del sistema nervoso, ma anche le funzioni dell'apparato digerente ne risentirono vantaggio, la febbre si modificò benignamente e le complicanze ebbero del pari un decorso attenuato.

Quasi sempre ad ogni iniezione si ebbe notevole ipertonia e fenomeni generali.

Gli ammalati curati col vaccino furono in numero di 46; tutti ne risentirono un notevole vantaggio.

Altre ricerche furono in seguito compiute dai due autori predetti, che con Karina-Marinucci e Luna ottennero adoperando vaccini lisizzati, sia per via endovenosa che intramuscolare in più di 300 casi forte percentuale di guarigioni per crisi e per rapida lisi, mortalità minima e rari casi di recidive.

Tentativi di cura del tifo vennero inoltre fatti con vaccini aspecifici e con l'introduzione di proteine (plasma sanguigno, latte, peptone, oro colloidale).

Nel complesso, dice Caronia, pur tenendo conto dei risultati non trascurabili della vaccinoterapia aspecifica, specie per quanto riguarda l'eterologa, resta sempre il primato per la costanza e la frequenza dei successi e la rapidità di azione alla vaccinoterapia specifica, sopratutto con i vaccini lisizzati, che cumulano i pregi della specificità a quelli delle proteine poco tossiche.

Poichè in vari casi di tifo ricoverati in questo ospedale, era stata impiegata la vaccinoterapia, ho voluto vedere, confrontandoli con altri casi di tifo curati senza il vaccino, le eventuali variazioni, nella durata della malattia, nel suo decorso, nella sintomatologia clinica, nel tipo delle curve termiche, nell'insorgere di complicazioni e di recidive, infine nella percentuale dei casi ad esito infausto.

Ho tenuto conto soltanto di quei casi nei quali la sierodiagnosi per il bacillo ebertiano era riuscita nettamente positiva ed ho escluso quegli altri nei quali il quadro clinico poteva condurre alla diagnosi di infezione tifosa, ma nei quali la sierodiagnosi dubbia o negativa poteva essere impugnata per negarla. Nel complesso i casi da me osservati sono in numero di 64, metà dei quali trattati col vaccino e metà con le comuni cure sintomatiche.

Il vaccino impiegato fu quello dell'Istituto sieroterapico milanese (Belfanti) preparato con bacilli morti per azione del calore, a dosi progressive (da 50 a 300 milioni). Via scelta per l'introduzione del vaccino quella intramuscolare; sede per l'iniezione: le masse muscolari delle natiche.

La fase negativa della curva opsonica, come la chiama il Di Cristina, ossia la diminuzione dell'indice opsonico immediatamente susseguente all'introduzione del vaccino, è stata evitata con opportune pause tra una iniezione e l'altra. Tuttavia il periodo di almeno sei giorni consigliato dal Di Cristina stesso è stato difficilmente raggiunto; non meno di tre giorni e non più di cinque furono in media lasciati tra le varie punture e senza che alcun inconveniente si avesse mai a verificare.

Nessuna reazione locale degna di nota fu mai osservata nel punto dell'iniezione; nessun fenomeno generale che si potesse con certezza ascrivere all'introduzione del vaccino.

Osservando attentamente le curve termiche dei vaccini, si notò talvolta una elevazione della temperatura susseguente all'iniezione, ma tale fenomeno fu irregolare, poco frequente, indipendente dalla dose iniettata. Non mi pare che lo si possa mettere esclusivamente in rapporto col vaccino.

Alcuni autori (Vincent, Combe) notarono un aumento di volume della milza immediatamente successivo all'introduzione del vaccino; esaminando le storie cliniche dei miei vaccinati non risultò mai rivelato tale fenomeno in modo particolare.

Esso è quindi ben lungi dall'assumere un carattere patognomonico.

Ho voluto mettere a confronto la durata della malattia nei vaccinati e nei non vaccinati, limitandola però al periodo febbrile.

Orbene, essa fu di giorni 27 in media nei vaccinati guariti; di 34 nei non vaccinati guariti. Di giorni 32 nei vaccinati che soccombettero all'infezione tifosa, di 29 in quelli non vaccinati ad esito infausto.

Vi sarebbe quindi una reale minor durata della malattia nei vaccinati; ed in quelli di essi ad esito infausto una accresciuta resistenza all'infezione.

Volendo approfondire meglio tale interessante questione ho cercato la durata media del periodo febbrile nei vaccinati, non più tenendo conto della totalità di esso, ma limitandola al periodo successivo all'inizio della vaccinoterapia. E perchè tali dati acquistassero una più chiara comprensibilità, ho tenuto conto della settimana di malattia nella quale la cura vaccinica veniva iniziata e del numero medio delle iniezioni eseguite.

Dei 32 infermi vaccinati, cinque erano in prima settimana di malattia; le iniezioni praticate furono in numero di quattro a dosi progressive da 50 a 150 milioni di germi per quattro di essi; di sei per il quinto (fino a 300 milioni). La durata del periodo febbrile fu di sette giorni per il primo, di dieci per il secondo ed il terzo, di venticinque per il quarto, di trenta per il quinto con una media di sedici giornate di febbre per i cinque infermi vaccinati.

Dodici infermi erano in seconda settimana di malattia, quando fu iniziata la cura vaccinica; le iniezioni fatte furono in numero di quattro in media per ogni ammalato, alle solite dosi progressive. Il periodo febbrile dopo l'inizio della cura variò da sette a quarantacinque giorni con una media di giornate quindici e mezzo di febbre per i dodici infermi.

Otto ammalati erano all'inizio della vaccinoterapia in terza settimana di malattia; le iniezioni furono come per quelli della seconda settimana in numero medio di quattro. Il periodo febbrile dopo l'inizio della cura variò da un minimo di sette a un massimo di ventiquattro giorni con una media di quindici giornate di febbre. Sei infine furono gli ammalati in quarta settimana d'infezione tifosa sui quali venne iniziata la cura vaccinica, con una media di tre iniezioni caduno; si ebbe per questi un numero di giornate febbrili variante dal minimo di sei al massimo di quattordici, con una media di circa dieci giornate febbrili per i sei infermi.

Osservando attentamente questi dati si può vedere come la diminuzione delle giornate febbrili nei vaccinati non è soltanto legata ad una eventuale azione del vaccino, ma è sopratutto al periodo d'inizio della cura (diminuzione nel numero delle giornate febbrili, mano mano che ci si avvicina al declinare dell'infezione tifosa).

Dall'esame delle curve termiche e più particolarmente del tipo della curva, nessuna differenza sensibile ho potuto apprezzare tra quelle dei vaccinati e quelle dei non vaccinati.

Ho voluto poi osservare se l'insorgenza di complicazioni fosse più frequente nei tifosi non vaccinati che nei vaccinati.

Per i primi si ebbero cinque casi con complicanze a carico dell'apparato respiratorio; sei casi complicati da ascessi multipli delle parti molli; uno da cangrena cutanea; tre casi complicati da enterorragia ed ematuria; uno da esantema papuloso; uno da probabile meningite cerebro-spinale.

Tra i secondi, sei ebbero complicanze a carico dell'apparato respiratorio; due furono complicati da forme cutanee (eritema infettivo, roseola a ripetizione); uno da erisipela; uno da enterorragia; tre da reazione meningea con probabile meningite sierosa; due da otite.

Voglio aggiungere che nel caso succitato, presentate come deviazione dalla norma l'apparire di roseole *à poussées* successive, avevo creduto di poter stabilire in primo tempo un certo parallelismo tra iniezioni di vaccino e riapparire di roseole, ma una osservazione più attenta mi fece in seguito ammettere una coincidenza saltuaria. Non posso quindi in base al suesposto affermare la più facile comparsa di complicazioni nei tifosi non vaccinati.

Per quanto riguarda le recidive, esse comparvero due volte nei vaccinati (rielevazione della temperatura, dopo oltre una settimana

di apiressia, non ascrivibile ad altre cause, come nelle complicazioni; una volta nei non vaccinati.

E per quanto infine riguarda la mortalità dei tifosi, delle due serie vaccinata e non vaccinata, essa fu eguale, avendo riscontrato sei casi ad esito infausto in ciascuna di esse.

Cause di morte furono rispettivamente, per i sei vaccinati: la broncopolmonite in tre di essi; l'enterorragia in uno; la probabile meningite cerebro-spinale in uno; l'infezione tifosa gravissima in uno. Per i sei non vaccinati: la broncopolmonite in tre di essi; gli ascessi multipli in due; la cangrena cutanea in uno.

Noto incidentalmente che questo parallelismo di mortalità tra i vaccinati e i non vaccinati è in contrasto oltrechè con le osservazioni di vari autori che si sono occupati della vaccinoterapia e che hanno concluso in senso ottimistico, anche con quelle dei moltissimi che, occupatisi di vaccinazione preventiva dell'infezione ebertiana, ebbero a notare una percentuale assai più bassa di mortalità nei vaccinati.

Nel complesso i risultati delle mie osservazioni non valgono ad accrescere l'ottimismo dei molti autori che si sono occupati dell'argomento, ma neppure a demolirlo.

La mancata reazione generale nei vaccinati da me presi in esame può essere spiegata, in accordo alle vedute di Caronia, con la via scelta per l'introduzione del vaccino (intramuscolare).

La scarsa diminuzione del periodo febbrile nei vaccinati può giustificarsi con la relativa benignità del tifo nei bambini (Henoch) e particolarmente in molti dei non vaccinati, che guarirono quindi rapidamente, e con l'inizio non immediato della vaccinoterapia in molti dei vaccinati stessi (in 27 su 32 dopo l'inizio della seconda settimana).

La presenza delle complicazioni nei vaccinati e nei non vaccinati non è argomento sufficiente per diminuire l'importanza del vaccino, dato anche che alcune di esse possono essere dovute non alla sola azione del bacillo ebertiano.

Per quanto concerne la frequenza di recidive, essa fu troppo scarsa nei miei casi per poterne trarre un concetto delucidatore.

Il parallelismo numerico nei casi mortali può benissimo essere dovuto al caso, tanto più considerando le molteplici cause di morte negli infermi.

Vi è ancora una questione alla quale accenno soltanto, quella degli effetti diversi che si possono ottenere, secondo il tipo di vaccino che si impiega: vaccinoterapia specifica ed aspecifica.

Poichè i casi da me osservati furono curati con vaccino specifico, i risultati, secondo Caronia, avrebbero dovuto essere più evidenti.

Credo a questo proposito che ulteriori ricerche siano necessarie per assodare tale principio; ricordo come alcuni casi di erisipela guarirono più rapidamente mercè iniezioni di siero antidifterico, che non col siero antistreptococcico, e come negli ultimissimi tempi vada estendendosi la proteinoterapia, che è una vaccinazione aspecifica.

Nel nostro ospedale si sono da qualche tempo iniziate ricerche in tale senso; a suo tempo verranno comunicati i risultati.

Ma tutto ciò non vale affatto a sminuire il valore delle ricerche del Di Cristina e del Caronia, che hanno sull'argomento una precipua competenza.

Piuttosto credo prematuro un giudizio definitivo in proposito.

Come giustamente osserva il Veritj, non si possono stabilire delle norme fisse che regolino esattamente il modo di propinare i vaccini, tanto rispetto alle dosi, come rispetto al momento opportuno per somministrarli. Ogni caso presenta delle sfumature che bisogna saper afferrare, seguendo l'andamento della malattia con pazienza e oculatezza, avendo il paziente in continua osservazione.

Questo io posso affermare a conclusione del mio studio:

1° La vaccinoterapia antitifica è, convenientemente usata, un mezzo inoffensivo di cura che può in alcuni casi esercitare una benefica influenza sull'andamento dell'infezione ebertiana.

2° Pur costituendo un progresso terapeutico, la vaccinoterapia non deve escludere gli altri mezzi di cura fisici e medicamentosi.

3° Anche se specifica, la vaccinoterapia non ha valore assoluto e può mostrarsi inefficace.

4° Allo stato attuale delle nostre conoscenze, vale l'affermazione del Caronia che indica nella vaccinoterapia il metodo più ardito e più razionale di terapia e dal quale è da attendersi la risoluzione dei più importanti problemi terapeutici.

AUTORI CITATI.

DI CRISTINA e CARONIA. *Relazione su la vaccinoterapia nelle malattie infettive dell'infanzia* (settembre 1920).

WEIL. *Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde chez l'enfant.* (Mon. Med., 1913).

DI CRISTINA. Pediatria, gennaio 1916.

CARONIA. Pediatria, gennaio 1917.

LOUIS e COMBE. *La vaccinothérapie de la fièvre typhoïde*, 1913.

HENOCH. *Malattie dei bambini*, pag. 722 e seg.

VERITJ. Riv. cr. di Cl. med., 1914.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

L'anatomia, la fisiologia e la patologia delle tonsille in relazione con le infezioni criptogenetiche.

(GEORGE B. WOOD. *Medical Record*, 9 ott. 1920).

Il quesito da porre si è se le tonsille posseggano una costituzione anatomica peculiare, svolgano delle attitudini fisiologiche o subiscano dei mutamenti patologici che le predisponga ad essere «atrio d'ingresso» delle infezioni nell'organismo umano.

Dal punto di vista anatomico è noto che la *cripta tonsillare* risulta di un'invaginazione del rivestimento epiteliale. L'epitelio delle cripte è una barriera molto debole di fronte agli agenti patogeni. I linfatici della tonsilla sboccano nei gangli cervicali, specie in quello sito al di sopra del ventre posteriore del digastrico.

Dal punto di vista fisiologico si è detto che le tonsille hanno una secrezione interna, che esse favoriscono la digestione salivare o esplicano una funzione nell'immunizzare l'organismo, assorbendo tossine già formate.

Altri, come Schoenemann, Lenhart ed Henke, ritengono che le amigdale derivino all'esterno elementi estranei ad esse giunti per la via linfatica (le tonsilliti sarebbero la conseguenza di una infezione sanguigna). Tuttavia altri, in base a dati sperimentali, sono di opinione opposta (Amersbach, Mullin, ecc.).

La tonsilla è un centro produttore di cellule linfoidi, come il timo, alla involuzione del quale essa succede in ordine di tempo: si atrofizza quando entrano in attività altri organi. Data la ricchezza di tessuto linfoide nel primo tratto del sistema respiratorio e digerente, la loro soppressione non produce alcun danno all'organismo.

Dal punto di vista patologico è noto che corpi inerti possono attraversare la barriera epiteliale e raggiungere attraverso di essa i linfatici. Nelle tonsilliti acute i germi, raggiunte le cripte, inducono la proliferazione e desquamazione delle cellule epiteliali, la necrosi di alcune e l'invasione batterica del parenchima tonsillare, donde piccoli ascessi e flogosi ganglionare.

Diverso è il contegno della tonsilla di fronte all'infezione tubercolare. La tubercolosi primitiva tonsillare si ha solo nel 6 % delle autopsie, mentre la tubercolosi secondaria — nelle forme di tisi conclamata — è quasi costante. Nel maiale, spalmando con culture tubercolari le tonsille, si ha infezione rapida dei gangli cervicali, nei quali poi si ritrovano i bacilli, senza che il corpo delle amigdale presenti alterazioni anatomiche.

Riassumendo, la tonsilla è un'agevole porta d'ingresso di germi patogeni, sia che la mucosa faringea sia integra, sia che il suo epitelio sia stato da essi leso e distrutto: ciò hanno dimostrato anche le ricerche con emulsione di bacilli del carbonchio.

Nello stesso fascicolo appare un articolo di Anderson, Mann e Sharpe sulle *infezioni tonsillari croniche*, in cui si studia specialmente l'azione patogena dello *streptococcus viridans*. Su 574 casi di consimili infezioni più o meno complicate, essi hanno potuto osservare:

1° Gruppo del reumatismo (incluse le artriti, lombaggine, sciatica, ecc.) 166 casi = 27,1 %;

2° Gruppo cardio-vascolare (incluse le lesioni valvolari, ipertensione, miocarditi, *angina pectoris*) 115 casi = 20 %.

3° Gozzo (semplice 80; esoftalmico 20) 100 casi = 17,4 %;

4° Gruppo gastro-enterico (inclusa appendicite, ulcera gastrica e duodenale, ipercloridria, atonia gastrica, colecistiti e calcolosi epatica) 116 casi = 20 %.

5° Diabete e glicosuria 28 casi = 4 %.

6° Gruppo respiratorio (incluse bronchiti, asma, pleuriti) 30 casi = 5.4 %.

G. BILANCIONI.

MEDICINA.

Malattia di Castellani.

(*The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, marzo 1921).

L'attenzione dei medici è stata recentemente richiamata da numerosi casi di «bronchite di Castellani» osservati in varie parti del mondo.

Castellani ha dato la prima descrizione di questa malattia nel 1905; egli allora ne riferì due casi osservati in Ceylon e basò la sua diagnosi di spirochetosi bronco-polmonare per aver osservato, nello sputo degli infermi, delle spirocheti in grande numero differenti dalle spirocheti che abitualmente si riscontrano nella bocca. Le sue osservazioni furono ben presto confermate da Branch.

Il Castellani divise morfologicamente le spirocheti da lui osservate in 4 gruppi:

1° spirocheti da 15 μ a 30 μ in lunghezza con spire irregolari, variabili in numero ma mai numerose, ed a punta all'estremità;

2° spirocheti simili alla *Spirochaeta refringens* con poche spire gentili ed anche esse a punta alle estremità;

3° spirocheti molto fini con numerose, piccole ed uniformi spire e con estremità affilate;

4° spirocheti delicate, più spesse che la *Spirochaeta pallida*, con poche spire, generalmente irregolari nella forma.

Fantham stabilì successivamente che l'organismo presenta marcato pleomorfismo e che le sue dimensioni sono variabili da 5μ a 27μ in lunghezza e da 2/10 a 6/10μ in larghezza; queste variazioni sarebbero dovute, secondo Fantham, a processi di accrescimento e di divisioni; le più brevi forme sono da 7μ a 9μ e esse risulterebbero da una divisione trasversa delle forme più lunghe.

Nei preparati a fresco i movimenti della *S. bronchialis* sono molto attivi ma di breve durata; la fase mobile è seguita da una fase di formazione di granuli; i granuli o forme coccoidi servirebbero come uno stadio di riposo e da essi sarebbero prodotte nuove spirocheti. Molti autori ritengono che questi granuli rappresentino lo stadio infettivo della spirochete la quale si trasmetterebbe da uomo a uomo per mezzo dell'aria.

Sin dalle prime pubblicazioni sulla Spirochetosi bronco-polmonare sono stati espressi dei dubbi se questo organismo rappresenti realmente un organismo nuovo o se esso non sia altro se non la spirochete che si riscontra abitualmente nella bocca e che sia stata aspirata nei bronchi. Il Macfie, dopo un diligente studio delle spirocheti nella bocca, trovò alcune di esse indistinguibili morfologicamente da quelle del muco bronchiale negli stessi soggetti; egli pensa che in questi casi, molto probabilmente, i bronchi sarebbero stati invasi dalle spirocheti presenti nella bocca.

D'altro canto Chalmers e O' Farrell studiarono attentamente la *Spirochaeta bronchialis* con diverse inoculazioni sperimentali nelle scimmie ed essi sono giunti alla conclusione che questo organismo rappresenta una specie definita e che le differenti fasi possono essere riferite a differenti fasi di accrescimento e di divisione della stessa spirochete anzichè a differenti specie di spirocheti; successivamente Fantham con ulteriori ricerche (1915) ha stabilito che la *Spirochaeta bronchialis* è differente dalle spirocheti che si riscontrano nella bocca, e le loro differenze si basano su caratteristiche morfologiche, sulle reazioni al colore e sull'azione patogena.

Forme della malattia. — Castellani ha descritto tre forme della malattia causata da spirocheti: forma a decorso acuto, subacuto e cronico.

Nella forma a decorso acuto vi è usualmente una sensazione di freddo e febbre la quale raramente sorpassa i 39° ctgr.; essa può durare da due a otto giorni; la tosse è pronunciata, l'espettorazione è muco-purulenta e raramente presenta tracce di sangue; il paziente può accusare dolori reumatoidi, ma in molti casi le condizioni generali del paziente non sono molto affette.

Nella forma a decorso subacuto l'inizio è subdolo e graduale; essa dura da due a più settimane; molti casi non presentano febbre o se mai questa è poca e non vi è alcuna alterazione nelle condizioni generali. La tosse è frequente e l'espettorato mucoso è di un colore simile al giallo; talvolta può presentarsi una vera emottisi. I segni fisici sono quelli di una comune bronchite sebbene talvolta aree di ottusità si possono associare con crepitazioni; può anche esservi lieve anemia, ma la formula leucocitaria è normale.

La forma a decorso cronico può seguire all'attacco acuto o subacuto, o più frequentemente può avere un inizio insidioso. I sintomi ed i segni fisici sono quelli che usualmente si riscontrano nelle bronchiti ma per un periodo di due-tre giorni o ancor più a lungo lo sputo può contenere del sangue; può notarsi anche emottisi. La febbre è irregolare con elevazioni mattutine o serali; si può notare dimagrimento e sintomi della tubercolosi. Vi può essere lieve grado di anemia.

La malattia può durare lungamente con periodi di esacerbazioni ed apparenti miglioramenti; durante le esacerbazioni sono più frequenti le emottisi.

Diagnosi. — La diagnosi di questa malattia resta all'esame microscopico dello sputo, raccolto dopo che il paziente ha lavato bene la sua bocca con acqua sterile o con antisettici; il perossido di idrogeno e il permanganato di potassa (1-1000) sono indicati. Ciò è necessario specie quando il paziente presenta piorrea nella quale si possono riscontrare numerose spirocheti. Osservando queste precauzioni ed accertando che il campione raccolto in capsule sterili è realmente proveniente dai tubi bronchiali si può affermare *prima facie* che il paziente è affetto da bronco-spirochetosi. I preparati sono fatti come usualmente e sono colorati cogli ordinarii colori di anilina; il metodo di Wright per i preparati per strisciamento di sangue o una soluzione diluita di carbol-fucsina sono molto soddisfacenti. Nei casi positivi le spirocheti sono in grande numero e gli altri organismi veramente scarsi.

Nei casi acuti, quando il paziente appare di essere entrato in miglioramento, le spirocheti si riscontrano molto raramente.

Diagnosi differenziale. — La forma cronica è differenziata con difficoltà dalla tubercolosi polmonare in quanto che i sintomi ed i segni fisici possono essere identici; è stato anche dimostrato che queste due infezioni possono coesistere nello stesso paziente, aumentando quindi la nostra difficoltà diagnostica. L'assenza del bacillo tubercolare dai preparati colorati dopo diligente esame, l'inoculazione negativa in cavie ed il reperto di numerose spirocheti induce fortemente alla diagnosi di bronco-spirochetosi.

Il valore dei raggi X in queste condizioni diagnostiche è dubbio.

Terapia. — I sintomi nei casi acuti usualmente spariscono dopo pochi giorni di riposo in letto; per i dolori reumatoidi possono essere necessari i salicilati o la codeina. Nei casi con emorragie si applichino i comuni rimedi. L'anemia è combattuta con gli usuali rimedii tonici, tra cui il ferro. Come specifico trattamento l'arsenico ha dato i migliori risultati; recentemente sono state usate le iniezioni intravenose di uno dei prodotti di Arsfenamina.

c. b

CHIRURGIA.

Adenopatie pelviche primitive. Speciale condizione ginecologica non ancora osservata.

(J. T. WILLIAMS. *Boston Med. and Surg. Journal*, 24 febbraio 1921).

Le glandole linfatiche della pelvi sono state minutamente da un pezzo studiate, ma più come sede di processi secondarî a malattie primitive degli organi tributari, specialmente maligne, che come sede di malattie primitive. L'A. ha fatta osservazione di tre casi importanti di malattie primitive, che per la speciale sintomatologia meritano di essere ricordati in quanto esprimono una situazione clinica, spesso osservata, ma assai raramente spiegata. E come malattia primitiva si vuole intendere qui sia una localizzazione primaria di processo morboso, sia una localizzazione di tale importanza da attirare specialmente su di essa l'attenzione dell'osservatore.

Premettonsi alcuni ricordi anatomici. I linfatici della pelvi vengono sistematizzati in cinque gruppi: lombare, iliaco esterno, inguinale, iliaco interno, sacrale, secondo la rispettiva sede anatomica. I gangli inguinali ricevono i linfatici della vulva, e dei tessuti superficiali della coscia e dell'inguine, e poi sono tributarî del gruppo iliaco esterno, i cui gangli sono a loro volta tributarii del gruppo lombare. I gangli iliaci interni ricevono i linfatici del collo e del segmento inferiore dell'utero e sono tributarî del gruppo lombare. I gangli lombari ricevono anche i linfatici del fondo dell'utero, delle trombe, delle ovaie e della parte alta dei ligamenti larghi, i quali seguono il corso dell'arteria utero-ovarica, e poi insieme ai vasi chiliferi sono tributarî del dotto toracico. Importa in questo decorso tener presenti due fatti: 1° che le ghiandole iliache esterne, interne e lombari hanno stretto rapporto col muscolo Psoas, donde la contrattura di questo muscolo nelle affezioni morbose di esse; 2° che l'uretere viene incrociato da questi linfatici specie quelli del gruppo iliaco esterno e interno, donde la sua possibile ostruzione negl'ingrossamenti forti delle dette ghiandole.

Casi clinici. — 1. Una paziente di anni 34, che aveva avuto quattro parti e due aborti, accusò un dolore nella metà sinistra dell'addome. All'E. O. si notò dolentia nella regione renale sinistra e lungo l'uretere; urine negative; al riscontro vaginale si notò una massa sporgente dallo stretto superiore, a sinistra, indipendente dall'utero. T. e polso normali. Esame generale negativo, meno un lieve stato cachettico. Cistoscopia normale, cateterismo dell'uretere sinistro impossibile. Alla laparotomia la massa si mostrò nodulare, consistente di glandole linfatiche molto ipertrofiche, molto aderenti al piano sottostante, che comprimevano l'art. iliaca esterna e ostruivano l'uretere, e all'esame anatomo-istologico mostravano i caratteri del morbo di Hodgkin. Nessun ingrossamento di glandole in altre regioni. L'esame del sangue dette: emoglobina 72 %, emasie 3100000, leucociti 11600, polinucleati 78,5 %, grossi mononucleati 0, linfociti 18 %; basofili ed eosinofili 0, cellule di passaggio 3.5 %, non cellule midollari; emasie ben conservate, piastrine diminuite.

2. Una paziente di a. 28 accusò forte dolore all'inguine sinistro e zoppia. All'E. O. si notò dolentia in corrispondenza della fossa iliaca senza reazione di difesa della parete anteriore addominale, contrattura della Psoas a 15° di flessione, poche glandole linfatiche superficiali leggermente ingrossate e fortemente dolenti, eczema pustoloso del grande labbro sinistro, all'esame vaginale dolentia della pelvi sinistra. T. 40°, polso 100, leucociti 9000, emoglobina 85 %. Radioscopia negativa. L'applicazione del ghiaccio e la cura dell'eczema portarono alla caduta della febbre e alla scomparsa dei sintomi, mentre il riscontro vaginale mostrò una massa sporgente allo stretto superiore paragonabile al caso precedente. La cura aspettante permise la guarigione senz'altro trattamento attivo. Evidentemente qui l'eczema vulvare aveva originato l'adenite inguinale e questa l'adenite iliaca endoaddominale.

3. Una paziente di a. 38, cui qualche anno prima era stata praticata una isteroannessiectomia bilaterale sopravaginale per fibromiomi, dopo un attacco influenzale provò dolore al quadrante inferiore destro dell'addome e claudicazione con contrattura dello Psoas a 15° di flessione. T. normale, polso normale, leucociti 11,200, emoglobina 75 %, radioscopia negativa.

Il riscontro vaginale fece notare una massa intimamente connessa con la parete pelvica nelle vicinanze del ponte di Poupart, senza rapporti col moncone cervicale. Diagnosi: Ascesso dello Psoas da causa ignota. Fu operata per via addominale col metodo sotto-peritoneale. Venne fuori del pus inodore. Guarì senza incidenti. Si trattava di una localizzazione postuma dell'influenza nelle glandole iliache, ovvero di un'adenite consecutiva a infezione entrata nell'organismo per il canale cervicale dell'utero. Non è, si conviene, un caso tipico come gli altri due.

Deduzioni. — Sebbene si tratti di pochi casi, si può ritenere definitivamente acquisito il concetto patologico di una Linfoadenopatia pelvica primitiva. Suoi sintomi sono: tumefazione aderente al contorno dello stretto superiore; dolore nella fossa iliaca con irradiazioni secondo speciali complicanze possibili, come p. e. la compressione dell'uretere; contrattura dello Psoas; leucocitosi che nei nostri casi è stata lievissima, ma può esser varia secondo l'indice di reazione dell'individuo. Molti casi di ascessi pelvici post-puerperali che vengono a sporgere sul ponte di Poupart sono probabilmente adeniti iliache da infezione endouterina, suppurate, con periadenite che viene colà poi a farsi strada.

La cura è quella di un'adenopatia in qualsiasi parte del corpo. Prima riposo e ghiaccio, poi operazione chirurgica, se occorre, a meno che questa non venga imposta da una complicanza come quella del caso primo.

È questa, in discorso, un'entità clinica distinta, di cui, sebbene neanche i più moderni trattati di Ginecologia si occupino, è bene avere in mente il concetto. Il nessun rapporto con l'utero e con gli annessi di una massa a contorni netti, e che presenta i sintomi su riferiti, è la caratteristica più saliente.

N. Gentile.

DERMATOLOGIA.

Sulla cura della seborrea.

(R. Sabouraud. *Presse médicale*, 1921, n. 39, p. 381).

L'espressione seborrea è intesa dall'A. nel senso etimologico (flusso di grasso) e serve a designare sia un sintomo, sia un'affezione caratterizzata essenzialmente da questo sintoma.

Essa può presentarsi su tutto il corpo e principalmente nella regione interscapolare o sullo sterno, ove può essere complicata con acne o con processi vari di eczematizzazione, ma si osserva sopratutto al volto, con o senza acne, ed al cuoio capelluto, con o senza pitiriasi, ma sempre accompagnata da caduta di capelli (*alopecia seborroica*).

In tutte le regioni il flusso sebaceo è il fenomeno caratteristico: sul volto può variare d'intensità, dai casi più leggieri in cui la pelle si presenta appena un po' lucida la sera, fino a quelli più gravi in cui si ha, in poche ore, la formazione di una specie di *vernice caseosa*.

La seborrea può succedere a degli stati *pellicolari* (pitiriasici) e sovente si osserva questi due stati morbosi dar luogo a delle forme miste: è un errore peraltro confondere gli stati *pellicolari* con quelli grassi, giacchè il trattamento delle due forme morbose è ben diverso l'uno dall'altro.

Negli stati pellicolari (pitiriasi) sono indicati il catrame ed i suoi derivati, mentre contro la forma seborroica è assai attivo il solfo, il quale può anzi considerarsi come il solo medicamento della seborrea pura ed in generale come il medicamento specifico del follicolo pilo-sebaceo (follicoliti suppurate, sicosi, acne, pseudo-area, ecc.). Esso può adoperarsi sotto forma di unguento:

Vaselina bianca, gr. 30;
Solfo precipitato lavato, gr. 3;
Essenza, q. b.;

di lozione:

Solfo precipitato lavato, gr. 10;
Alcool di limone, gr. 20;
Glicerina neutra, gr. 10;
Acqua distill., q. b. p. 120 cmc.;

o di polvere:

Solfo precipitato lavato }
Polvere di talco } ana gr. 10
Polvere d'ossido }
Essenza, q. b.

L'esperienza clinica dimostra che il solfo agisce qualunque sia l'eccipiente in cui è incorporato.

In che modo questo solfo che si deposita in superficie agisce su di una glandola profonda? La questione non può dirsi risoluta: forse il solfo depositatosi sulla cute subisce delle trasformazioni chimiche e può darsi che si abbiano delle combinazioni solubili che permettano una maggiore penetrazione in profondità.

Le intense seborree del cuoio capelluto, nei giovani, con la notevole alopecia che ne consegue resistono però a questo trattamento, che riesce soltanto a ritardare, ma non ad arrestare la caduta dei capelli.

In questi casi è lecito domandarsi se non si possono avere risultati migliori con una soluzione di solfo in un eccipiente che disciolga i grassi e se non si possa utilizzare il solfuro di carbonio che discioglie i grassi, come l'etere, l'etere di petrolio, ecc., ed è anche un solvente del solfo in forti proporzioni.

Il problema peraltro non è così semplice come parrebbe, perchè il solfuro di carbonio emette dei vapori assai diffusibili ed assai infiammabili anche a distanza e, mescolato con aria, è anche esplosivo. Esso inoltre ha un odore nauseabondo, è nocivo a respirare quanto l'ossido di carbonio e, per quanto innocuo sulla pelle non provocando eruzioni artificiali, vi determina una sensazione di bruciore pressochè intollerabile.

Con tutto ciò nei casi più gravi il S. ha ritenuto di poterlo adoperare servendosi di questa formula:

Solfuro di carbonio, 300 cmc.;
Solfo precipitato lavato, 6 gr.;
(assai infiammabile!).

Per servirsene bisogna rimanere in ambienti senz'altra illuminazione se non quella del giorno o dell'elettricità (anche il fuoco di un caminetto dev'essere proibito). Si bagna un pezzo d'ovatta con il liquido sull'apertura del recipiente in cui è contenuta la soluzione e si fa una frizione brusca, energica per non più di venti o trenta secondi, che provoca una sensazione di scottatura intensa ma fugace.

L'ammalato, com'è naturale, dev'essere prevenuto di tutti gl'inconvenienti cui può dar luogo questo trattamento: gli si consiglierà pure di applicarlo avanti una finestra aperta o su di un balcone per gettar subito fuori della camera il tampone di ovatta e per non dover subito dopo aerare l'ambiente in cui si trova.

Si dirà espressamente al malato di fare la frizione nei primi giorni con dell'ovatta appena inumidita per abituarsi poi a poco a poco all'uso del medicamento ed al dolore che esso provoca.

Tutto sommato l'attività del medicamento, la rapidità dell'esecuzione e l'assenza di altri inconvenienti oltre quelli enumerati e che con le dovute cautele possono con facilità essere eliminati, rendono consigliabile questo trattamento al quale, dice il S., nessun altro metodo è comparabile contro la seborrea intensa del volto. Con applicazioni quotidiane si vede a poco a poco scomparire la secrezione oleosa: di poi la pelle, se ispessita, riprende il suo aspetto normale, i pori dilatati si restringono, ecc.

Lo stesso dicasi per il cuoio capelluto già colpito da calvizie: la caduta dei capelli diminuisce dopo dodici o quindici giorni e nei primi mesi è quasi ridotta a zero.

Ecco come si procede nei malati affetti da seborrea del volto. Tutte le sere frizione energica e rapida per 15 o 20 secondi (bocca ed occhi chiusi) con un batuffolo d'ovatta inumidita nella soluzione di solfo in solfuro di carbonio al 2 %; al mattino successivo, dopo una abluzione con acqua molto calda, senza sapone, frizione con ovatta bagnata in

Liquore d'Hoffmann, 60 cmc.,
Acqua distill., 50 cmc.

Quest'ultima frizione può essere ripetuta più volte durante il giorno.

Nella seborrea del cuoio capelluto con calvizie precoce, energica frizione di sera, per 30 secondi, con un pezzo d'ovatta grosso come un piccolo mandarino bagnata della solita soluzione; al mattino saponata calda con sapone bianco, seguita da una frizione di quattro minuti circa con una spazzola a peli duri bagnata di una lozione tonica composta di alcoolacetone contenente o pur no pilocarpina, chinina, ecc.

È consigliabile di non adoperare mai la soluzione di solfo in solfuro di carbonio senza aver prima saggiata la tolleranza del malato al solfo mediante l'uso di una qualunque altra preparazione solforosa, giacchè, in caso contrario, il malato attribuirà l'eventuale reazione al solfuro di carbonio e non al solfo che, com'è noto, può provocare sulla cute eruzioni artificiali, eritemi, ecc.

L'applicazione di questo metodo è molto difficile nella donna a causa della lunghezza dei capelli ed allora bisogna procedere regione per regione scostando i capelli da una parte e dall'altra, in modo da denudare fin quanto è possibile la zona da medicare.

Quando si ha a che fare con casi in cui vi sia idiosincrasia contro il solfo, si può adoperare il solfuro di carbonio puro.

L'A. infine dichiara di adoperare da venti anni il solfuro di carbonio con o senza solfo nelle seborree grasse (senza pitiriasi) e di averne avuto sempre risultati lodevoli specie sul cuoio capelluto ove con questo metodo si riesce sempre ad arrestare la perdita dei capelli.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

AIEVOLI prof. ERIBERTO. *Quesiti di Patologia clinica e Terapia chirurgica.* Un volume di 422 pag. con 282 fig. — V. Idelson, ed., Napoli. — Prezzo, L. 28.

Come avverte l'A. nella prefazione, la finalità dei « Quesiti » è di fornire una serie di pietre miliari sulle quali possa fermarsi l'attenzione di chi studia. Lo scopo è pienamente raggiunto con la scelta ed il raggruppamento degli argomenti, con la esposizione fatta in modo sintetico ed efficace, sicchè ne è riuscita una buona guida per chi si inizia negli studî, guida che può servire altresì come rapida ricapitolazione per chi, assorbito dalle occupazioni della pratica, non ha tempo o possibilità di leggere grossi trattati, in cui spesso gli accessorî soffocano la questione principale.

Le 468 risposte riguardano altrettanti quesiti, che possono presentarsi, a proposito di processi chirurgici microbici, lesioni traumatiche, ernie, tumori, occlusioni, deformità, fisiopatologia e fisioterapia chirurgica, pronto soccorso, nonchè alcune questioni complementari come ematuria, vomiti, narcosi ed altre.

fil.

M. MAURO. *Calcolosi biliare.* — Città di Castello, 1920.

Questo volume del Mauro sulla calcolosi epatica ha direttive sopratutto chirurgiche. Ampia trattazione trovano nel libro tutte le note di tecnica e i vari metodi operativi nella calcolosi epatica e nelle sue complicanze. Ma, per un esatto intendimento dell' argomento, l'A. ha fatto precedere alla parte chirurgica una breve ma lucida esposizione di nozioni anatomiche e fisiologiche e di quanto di moderno si conosce sulla etiopatogenesi della calcolosi.

Un largo indice bibliografico chiude il volume.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il Congresso degli Igienisti e le onoranze a Luigi Pagliani.

(Trento, 29-31 maggio 1921).

È stato inaugurato alla presenza di S. E. Credaro, del generale Giampietro, del sindaco di Trento sen. Zippel, con l'intervento dei professori Lustig, Sclavo, Casagrandi, Abba, Bordoni-Uffreduzzi, Mariotti, del comm. Ratto per il Ministero d'Agricoltura, di numerosi ufficiali sanitari e medici addetti agli uffici d'igiene.

I lavori si iniziarono dopo la visita nella tetra fossa del Castello del Buonconsiglio e dopo un elevato discorso inaugurale del prof. Sclavo, che riporteremo prossimamente in larga parte.

La profilassi della pellagra nel Trentino.

PROBIZER. — L'endemia pellagrosa che aveva raggiunto il suo massimo nel 1904 con più di 8000 casi, si era poi in seguito abbassata fino a 3500 nel 1915 ed ora, dopo la guerra, si può dire praticamente scomparsa. Il controllo sul granturco, i miglioramenti dietetici furono i fattori che influirono sulla discesa dell'endemia: assai utile fu l'istituzione di pellagrosarii, che servirono anche come centri di propaganda, la sostituzione del pane alla polenta, la costruzione di nuovi panifici. Durante la guerra, nonostante le difficoltà alimentari, la pellagra scomparve, ciò che si spiega col fatto che la farina di granturco era diventata una rarità; nel Friuli, invece, costretto a nutrirsi in gran parte di polenta, si ebbe, con la deficiente nutrizione, durante l'invasione, un notevole aumento di pellagra.

Sulla malaria, il prof. CASAGRANDI ha tenuto una conferenza, con numerose proiezioni, illustrando la vasta complessità del problema e mettendo in luce nuovi orientamenti per lo studio e per la profilassi.

La propaganda igienica.

ABBA. — Riferisce sull'ufficio di propaganda igienico di Torino, dove si tengono corsi di insegnamento di 30 lezioni: numerosi allievi vi accorrono spontaneamente (3500 in 13 anni) seguendo attentamente le lezioni e sottoponendosi ai relativi esami. Attivi propagandisti sono altresì i medici condotti; risultano assai utili anche gli opuscoli di propaganda.

SCLAVO. — L'insegnamento di igiene ai bambini va fatto dai maestri, i quali alla lor volta vanno istruiti da medici, sia in corsi speciali, sia in quelli di pedagogia. Nelle scuole il medico deve essere soltanto collaboratore, mentre deve avere la prevalenza nelle istituzioni parascolastiche.

BOSELLI. — L'insegnamento fatto nelle scuole normali finisce ad avere maggiore efficacia che quello impartito nelle scuole pedagogiche. Bisogna vigilare sul lavoro dei minorenni e portare oltre i 12 anni il limite di ammissione al lavoro.

La profilassi del tracoma.

ROLANDINI. — Nelle scuole è importante l'esclusione dei tracomatosi con caratteri secernenti: gli altri, se non vi sono scuole per tracomatosi, possono essere tenuti in banchi isolati con libri e quaderni non in comune con i sani. Negli opifici non si possono allontanare gli operai: basterà offrire loro l'opportunità di curarli, dando consigli perchè non infettino gli altri. Utili le lezioni e conferenze ai maestri e medici.

La propaganda negli opifici.

FRASCHETTI. — È molto meno redditizia che nelle scuole, mentre invece massima ne è la necessità, per la crassa ignoranza igienica degli operai, contro la quale le organizzazioni operaie non si sono mai elevate. La prima propaganda consiste nelle stesse condizioni del locale di lavoro, che deve essere sempre pulito e rispondente ai requisiti dell'igiene: su questo i medici debbono essere assai rigorosi vietando i locali insalubri ed esigendo le buone condizioni delle latrine, lavatoi, bagni, sputacchiere, ecc. La propaganda però deve incominciare dalla scuola, anche nell'intento di indirizzare alla scelta del mestiere; a tale scopo gli uffici del lavoro dovrebbero avere un elenco delle attitudini fisico-psichiche, che si richiedono per i divesri mestieri. Tutte le possibili provvidenze debbono essere adottate, come sale d'allattamento, nidi, infermiere e medici specializzati; va promossa la coltura igienica del personale, che si dimostra assai utile, poichè nessun regolamento vale un motto d'ordine dato da uguali fra uguali. Un grave problema è quello dell'esclusione dal lavoro di individui affetti da malattie contagiose (tubercolosi), che getta l'operaio nella miseria e dà al medico l'aspetto fiscale; occorre quindi istituire *laboratori per minorati dalla tubercolosi*. Assai utili sono le scuole popolari di igiene del lavoro, che la scolaresca deve essere obbligata a frequentare poichè l'igiene deve essere imposta; sono esempio la scuola di panificazione di Roma; la lotta contro l'alcoolismo può essere sostenuta, seguendo l'esempio delle società di M. S. che non dànno sussidii nelle malattie derivanti da ubriachezza. Altri mezzi di propaganda sono la cinematografia, le carte murali, i cartellini, ecc.

VERATTI. — Non è pessimista al riguardo, essendo l'Italia abbastanza avanti nelle dottrine della patologia ed igiene del lavoro; la grande industria segue bene il movimento, quella piccola, invece, è restia. Bisogna dare l'esempio pratico, che deve venire dall'alto, e ricorrere all'interessamento degli ufficiali sanitari e degli assessori all'igiene. Importante è l'istituzione di refettorii, e di conferenze d'indole pratica, in cui le nozioni vengano sminuzzate.

SCLAVO. — La legge delle otto ore ha lasciato maggiore libertà per accorrere alla bettola: bisogna contrastare a questa con l'educazione fisica (campi di giuoco, società sportive).

La tubercolosi.

POLI. — Espone quanto ha fatto Genova per la propaganda antitubercolare. In un primo periodo di preparazione venne studiata la morbosità e mortalità, mentre si affidava alle infermiere, che visitavano i tubercolotici, la diffusione di norme profilattiche. Si stabilì in seguito il primo dispensario e si andò alla ricerca dei tubercolotici, mediante accordi col Comune, che forniva informazioni in base alle denunzie. Venne poi fondato l'ufficio antitubercolare con museo didattico, sezioni educative, apparecchi di proiezione. Il perno della propaganda sono le scuole, dove viene fatta una lezione agli alunni del 4°-6° anno, dando poi a loro un tema sull'argomento e premiando i migliori lavori. I concetti vengono afferrati abbastanza bene dai bambini, che diventano poi propagandisti nella famiglia; sono 30.000 le famiglie in cui si sono fatti penetrare tali concetti, durante i sei anni, e si può ritenere che tutti i giovani da 8 a 18 anni abbiano, a Genova, le nozioni principali sulla tubercolosi. L'associazione antitubercolare conta ora 2500 soci paganti, un capitale di 2-3 milioni e la disponibilità di circa mezzo milione all'anno. I grandi industriali hanno accolto favorevolmente l'istituzione; uno di essi (Piaggio) ha incaricato di studiare a sue spese le condizioni della sua industria e di introdurre le modificazioni necessarie. Diffidenti sono invece gli operai, a cui si potrà arrivare a traverso la scuola e con un'organizzazione che abbia un vasto campo d'azione, estendente la sua attività anche per altre malattie (alcoolismo, malattie veneree, ecc.). L'O. ritiene in genere che i medici e gli ufficiali sanitari siano poco adatti per la propaganda, che si può fare anche saltando il medico; basterà affidarla a qualsiasi persona che abbia una discreta preparazione ed una buona voce; importanti sono le proiezioni fisse, assai più che la cinematografia. Con la collaborazione di tutti gli elementi si arriverà agli effetti desiderati.

L'igiene e la scuola.

CEPPELLINI. — La coscienza igienica è affatto rudimentale anche nelle classi elevate ed è inutile cercare di modificarla nell'adulto, bisogna crearla nello scolaro. Occorre dapprima preparare convenientemente gli insegnanti nelle scuole normali, mediante corsi più lunghi delle dieci lezioni attuali, insistendo anche su nozioni di pediatria. Il maestro con lezioncine, esercitazioni, integrerà l'opera del medico, curerà la pulizia, l'aereazione delle aule; soprattutto l'ambiente igienico, con bagni, lavabi, ecc., deve fare l'educazione igienica del fanciullo. Utili sono le conferenze, le proiezioni, l'associazione fra scolari, sull'esempio degli Stati Uniti, dove la crociata della salute raccoglie 3.000.000 di scolari.

VERATTI. — La propaganda igienica si fa specialmente nelle scuole e nelle istituzioni parascolastiche: essa è materiata di un fattore economico oltre che altruistico; con questa idea si potranno attrarre anche quelli che non vi arrive-

rebbero per le sole idee astratte. L'educazione igienica deve entrare in tutte le manifestazioni della scuola, la quale deve essere trasformata in scuola all'aperto. La sua funzione deve essere integrata dalle istituzioni parascolastiche, a cui appartengono le *colonie urbane all'aperto*. Queste non debbono essere ritenute di solo svago, ma rispondere al programma di educazione fisica e morale dei gracili.

A Milano si sono ottenuti, in 3 anni, ottimi risultati nell'aumentata resistenza organica, nel miglior profitto degli scolari, nella educazione igienica delle famiglie. Le colonie hanno il vantaggio di poter essere attuate dovunque, anche nei pressi di una città popolosa, e di dimostrare che non è assolutamente necessario convogliare i bambini ai mari od ai monti. Sarebbe doveroso che le famiglie dei ricoverati contribuissero alle spese. L'O. vede nelle opere parascolastiche e specialmente nelle colonie la soluzione di tutti i problemi che riguardano la profilassi sociale.

Sig.ra PIZZIGONI. — *La scuola rinnovata secondo il metodo sperimentale.* — È sperimentale e non verbalistica e quindi, anche per l'educazione igienica, fornisce esempi e non precetti. Base dell'istruzione è l'osservazione e lo studio diretto delle cose, senza nessun artificioso mezzo didattico. Il ragazzo, abituato per sei anni alla vita igienica, al lavoro, contrarrà abitudini che gli rimarranno per tutta la vita, per l'igiene, per l'amore al lavoro, per la contemplazione del bello; la coeducazione dei sessi, ben diretta — strada giusta per l'educazione sessuale — lo salverà dai pericoli; le buone abitudini, portate dal ragazzo nella famiglia, contribuiranno all'estensione dell'igiene.

Mar.a DENTI. — *La scuola delle assistenti sanitarie.* — Poche donne scelgono in Italia questa carriera, specialmente perchè non si offre ad esse una conveniente posizione sociale; vi sarebbe invece grande bisogno di infermiere, sul tipo delle *blue-sisters* inglesi, sia negli ospedali per sorvegliare e dirigere il lavoro delle attuali infermiere, di cui è nota l'ignoranza, sia nelle industrie (finora una sola ditta industriale a Milano è provvista di un assistente sanitario), sia nelle campagne, dove sarebbero un aiuto prezioso per il medico condotto, e compirebbero opera di igiene e di assistenza medica. Ve ne sono ora in Sardegna negli ambulatorii e dànno ottimi risultati. L'O. ha istituito a Roma, per tali assistenti, i corsi, che durano 5 mesi; altre scuole sono a Milano, Torino, Genova; vi dovrebbero però essere dei corsi completi d'istruzione a tipo universitario, della durata di due anni, con programmi semplici e con grande pratica negli ospedali, in cui le assistenti dovrebbero anche fare un internato di sei mesi; per le suore, che volessero seguire tali corsi, si potrebbero istituire scuole-convitto.

Sig.na NAZARI. — L'igiene scolastica ha dinanzi a sè un vasto campo; essa deve sostituirsi a tante nozioni inutili, che ora si forniscono ai maestri: si impone quindi la riforma dei programmi didattici e si deve arrivare nelle scuole ad avere il medico come guida e collaboratore scientifico ed il maestro come collaboratore e guida pratica. Grande utilità, specialmente nell'ambiente rurale, si otterrà dalla istituzione delle vigilatrici o assistenti sanitarie; anche il personale di servizio delle scuole (custodi, bidelli) ha bisogno di educazione igienica (il comune di Roma ha istituito da due anni una scuola per esso). Con la cooperazione di tutti questi sforzi, potranno ottenersi generazioni forti e robuste.

La vigilatrice scolastica.

ABBA. — Critica vivamente l'istituzione di questo ingranaggio oneroso, e ne ritiene esagerato il numero (a Milano sono 90 con una spesa annua di circa mezzo milione); il vero vigilatore deve essere il medico. Gli igienisti debbono essere guardinghi e non lasciarsi andare ad esagerazioni, che possono compromettere la serietà dell'igiene; ricorda la campagna fatta per il bicchiere individuale nelle scuole, di cui a Milano se ne acquistarono 40.000, che in breve andarono rotti; così le carte biografiche si sono indarno accumulate negli archivi; anche la scuola all'aperto va limitata ai fanciulli per i quali è necessaria, altrimenti si potrebbe giustamente domandare perchè gli igienisti abbiano fatto spendere tante somme per la costruzione di edifici scolastici. Nelle proposte di spese per l'igiene non ci si deve disinteressare delle questioni di bilancio e bisogna distinguere ciò che è necessario da quello che è soltanto utile. Le assistenti o vigilatrici sanitarie possono avere una certa funzione, ma affatto limitata, tanto più che l'intervento di troppe persone nella scuola può essere nocivo.

VERATTI. — Le vigilatrici (o meglio assistenti scolastiche, come ha proposto di chiamarle Palomba) hanno fatto a Milano buona prova e rispondono allo scopo: la considerazione economica non dovrebbe entrare per giudicare sulla necessità di adottare provvedimenti igienici.

SCLAVO. — È favorevole all'istituzione, che però va studiata e preparata, distinguendo anzitutto la vigilanza scolastica, che va fatta dal maestro, dall'assistenza medica; per questa il medico è ora insufficiente e potrebbe in parte essere sostituito dalla vigilatrice, che sarebbe assai utile nelle istituzioni parascolastiche.

L'igiene delle città e dei piccoli centri.

BRACCINI. — Fa rilevare che il Congresso si è occupato specialmente delle condizioni nelle grandi città, dove tutto procede con relativa larghezza di mezzi e con abbondante personale specializzato. Ben diversamente vanno le cose nei piccoli Comuni, dove mancano uffici d'igiene, mancano edifici scolastici, mancano locali di isolamento, manca una efficace sorveglianza da parte dell'ufficiale sanitario, che non ha nè tempo nè modo di occuparsi di questioni igieniche. Nell'interesse stesso dell'igiene vi deve essere un *mini-*

mum di personale, che si occupi unicamente dell'igiene delle popolazioni sparse; l'ufficiale sanitario deve essere indipendente dalle autorità locali e libero da altri uffici.

WEISS. — Fa *sulla organizzazione dei servizii sanitari sotto il dominio austriaco* una interessante comunicazione, che non si presta ad essere riassunta. Come giustamente ha osservato il professore Sclavo, l'Italia non deve senz'altro sostituirvi la propria, e sarà bene anzi che ne prenda ciò che può esserle utile.

TATA. — *La vigilanza igienica nelle Ferrovie.* — È affidata al Servizio Sanitario, integrato dai Laboratorî dell'Istituto Sperimentale; l'esecuzione dei provvedimenti viene fatta dai servizii dell'esercizio. La vigilanza viene esercitata: 1) *sui locali;* apposite norme ne regolano i servizii di pulizia; le costruzioni nuove o rifatte sono sottoposte alla visita di abitabilità (circa 2000 in un decennio); particolare attenzione è rivolta ai dormitorî per il personale, di cui al 1910, sopra 584, soli 325 erano in buone condizioni; essi sono ora 729, di cui però 96 non rispondenti alle norme; 2) *sugli alimenti e bevande* con ispezioni ai ristoranti, analisi di sostanze (950 campioni di vino in sei anni); sorveglianza sulle acque potabili (4000 analisi in 12 anni, miglioramenti agli impianti, costruzione di acquedotti; 3) *sulle malattie infettive*: norme che dànno istruzioni al personale sul modo di comportarsi in presenza di malattie infettive; servizii di disinfezione con 40 squadre di agenti, istruiti in appositi corsi; mensilmente vengono disinfettate oltre 700 vetture ed oltre 650 ne vengono disinfestate. Di particolare importanza è la profilassi antimalarica; ogni anno si distribuiscono kg. 2.400 di chinino in tabloidi e circa 30,000 fialette per iniezioni; i fabbricati protetti erano nel 1920 e oltre 2300, con una spesa di manutenzione annua superiore a 100.000 lire. La morbosità fra il personale residente in zone malariche è stata fino a 87 %: discese man mano a 25 % nel 1905, a 6 % nel 1914; in questi ultimi anni ha sentito la ripercussione della recrudescenza epidemica, ed è stata del 21 % nel 1920, sempre però inferiore a quella delle popolazioni limitrofe.

***

A Congresso finito si tributarono le onoranze al prof. Luigi Pagliani. Calda, vibrante, commovente è stata la dimostrazione d'affetto a questo Maestro dell'igiene, da parte dei discepoli e di tutti quelli che, senza aver avuto la fortuna di essere guidati dalla sua viva voce, riconoscono in lui il Maestro dell'Igiene. E veramente egli fu in Italia il creatore dell'igiene pubblica, la quale uscì con lui dall'oscuro empirismo per avviarsi al luminoso avvenire che le è serbato. A Luigi Pagliani noi dobbiamo l'organizzazione realmente scientifica dei pubblici servizii d'igiene in Italia, la creazione di un corpo tecnico di igienisti, la fondazione della Direzione generale di Sanità, con gli annessi Laboratorî; le prime lotte seriamente organizzate e coronate da successo contro il colera, il vajuolo; un magistrale Trattato di Igiene, originale nella forma, profondamente scientifico nella precisione. Un altro e forse ancor più grande merito è quello di aver formato una eletta schiera di discepoli, che egli sapeva infiammare di ardore per la scienza, rispettandone, con elevatissimo concetto della dignità umana, la personalità. È con questo *intelletto d'amore,* dal Pagliani portato nella sua scuola, che si spiega l'atmosfera di simpatia da cui è circondato, la quale trascende lo scienziato per rivolgersi all'uomo.

Aspre e fiere furono le lotte che il Pagliani dovette sostenere, gravi le calunniose accuse che gli furono rivolte, da cui però la limpida onestà dei suoi atti nulla aveva da temere. Ai dissidii, a queste lotte che lo travagliarono, il Pagliani accennò nella relazione letta sull'opera che egli svolse, senza che nessuna ombra di rancore oscurasse la serena bonomia del suo viso, che ricorda le più nobili figure del nostro Risorgimento; ma la sua voce si velava di commozione nel ricordare le buone parole avute, nel ringraziare dell'omaggio affettuoso a lui rivolto. Inneggiarono a lui con elevate parole lo Sclavo, il Gorini, il Bertarelli, l'Abba, il dott. Jellersitz; numerosissimi i telegrammi, fra cui quelli di Giolitti, del Direttore della Sanità pubblica, di varii Ministeri, dei Medici provinciali, della Croce Rossa, degli Ordini dei Medici, di Comuni diversi, ecc.

Per onorare degnamente il nome di Luigi Pagliani è stata creata una « Fondazione » a lui intitolata, destinata ad istituire premi da assegnarsi al personale tecnico dei servizi igienici, che meglio si sarà distinto per studii, iniziative, proposte, ecc., le quali abbiano contribuito al miglioramento igienico e sanitario. Per tale fondazione sono state già raccolte 70.000 lire.

***

Il Congresso, allestito con precisione e signorilità dalla città di Trento e dall'infaticabile dott. Ciusrentaler, si è chiuso con un banchetto offerto da S. E. Credaro.

Numerosi congressisti hanno poi partecipato alla gita a Pergine, Levico, Roncegno, ricevuti con sincero entusiasmo da quelle nobili popolazioni, che hanno opposto sempre la loro incrollabile fede nell'Italia alle vessazioni austriache ed alle violenze dei pangermanisti, i quali intendevano fare di Pergine la loro rocca forte. La guerra è passata su questi luoghi con tutti i suoi orrori: paesi con tutto il *comfort* di ottime stazioni di cura sono stati danneggiati come Levico, o distrutti come Roncegno e Vetriolo, la numerosa e ricca clientela, in gran parte di tedeschi, dispersa. Ma la tenacia di questa gente è meravigliosa: questa, in parte, vive ancora, come a Roncegno, in baraccamenti, ma ha ricostruito il suo stabilimento, ormai in grado di funzionare, certa che la fiducia nell'Italia non sarà vana; ed i congressisti, che da tale visita hanno avuto l'impressione di un bagno vivificatore di italianità, si associano a tale certezza.

A. FILIPPINI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMIOTICA.

Disturbi di motilità delle palpebre.

Tutte le infiammazioni, sia del globo che delle palpebre, ostacolano, per riflesso, i movimenti di queste, specialmente della superiore; si avranno abbassamenti, perdita di motilità, oppure movimenti convulsivi. L'esame non va limitato alla sola palpebra, ma esteso anche alla congiuntiva oculare, alla cornea ed allo stato generale del paziente.

Il *blefarospasmo*, o contrazione spastica del l'orbicolare, impedisce l'apertura delle palpebre: può essere tonico, persistente, ed è allora di origine riflessa, dovuto a lesioni della cornea o dell'iride; il blefarospasmo clonico, frequente nei bambini a predisposizione neuropatica, è generalmente bilaterale e simmetrico e tende a durare e ad aumentare sotto l'influenza delle emozioni. Può aversi in seguito a piccole cause locali d'irritazione, di congiuntivite di blefarite.

Ptosi. — La palpebra superiore è immobile e tanto più abbassata quanto più rilasciati sono i tegumenti (P. Boussi, *Journal de médecine de Paris*, 1921, n. 9). Quando la ptosi è moderata, si osserva che il sopracciglio corrispondente è rialzato, la fronte presenta delle pieghe, in quanto che l'ammalato tenta di supplire all'insufficienza dell'elevatore, mediante la contrazione del frontale; questa è invece insufficiente quando la ptosi è marcata, e l'ammalato, per scoprire la pupilla, deve rovesciare indietro la testa.

La ptosi può esser congenita od acquisita: nel primo caso è bilaterale e non s'accompagna a lesioni apprezzabili: nel secondo è, di solito, unilaterale e dovuta a paralisi di una branca del motore comune. Quando la *ptosi è isolata*, ed il globo continua a muoversi liberamente, la causa più frequente è la sifilide (gomma o periostite che colpisce la branca motrice del nervo) oppure la tabe (meningite che colpisce il nervo nella sua regione nucleare. Altre cause sono un trauma, una frattura, un tumore della volta orbitaria, una sinusite frontale od etmoidale.

Più frequente è la *ptosi associata* con paralisi dei musocli innervati dall'oculomotore comune; l'occhio è deviato all'infuori; sono impossibili i movimenti verso l'alto, il basso, l'interno: la pupilla è dilatata, si ha diplopia. Trattasi il più spesso di affezioni specifiche (gomma o meningite bacillare), talvolta di lesioni del simpatico per compressione (adenopatia, gozzo, neoplasma): in tal caso la ptosi è poco marcata, la pupilla in leggera miosi. La ptosi può anche accompagnare altri disturbi della motilità oculare nel botulismo, nell'intossicazione difterica, nell'encefalite letargica.

fil.

CASISTICA E TERAPIA

Arterite acuta obliterante nell'influenza.

Analogamente a quanto si verifica per altre malattie infettive (tifo, scarlattina, morbillo, ecc.), si può verificare nell'influenza, sul declinare od all'inizio della convalescenza, l'arterite acuta obliterante. La lesione è prevalente negli uomini, dai 35 ai 55 anni, negli arti inferiori ed al lato destro. Anzitutto si osserva un brusco inalzamento di temperatura, di un grado e più, senza alcuna causa apparente; poi l'ammalato si lamenta di un dolore vivo, talvolta violento in un punto preciso od in tutto l'arto; vengono accusate sensazioni di bruciatura, di morsicatura, oppure di torpore, formicolio. Il contatto, anche leggero, è dolorosissimo in certe zone, in altre invece non è nemmeno avvertito; vi sono punti dolorosi alla pressione, come all'apice del triangolo di Scarpa, sulla faccia posteriore del legamento interosseo tibio-peroneale, alla parte posteriore del malleolo interno, alla faccia dorsale del piede a 2 cm. dal margine interno.

E' notevole il raffreddamento: le pulsazioni arteriose sono scomparse, i tegumenti prendono un colore livido, cianotico; all'inizio la gangrena resta secca, con la comparsa dell'infezione, diventa umida, con temperatura elevata.

Sul principio è possibile la confusione con la flebite, con cui ha di comune il dolore e l'edema; mancano però nell'arterite le pulsazioni arteriose, mentre vi sono i punti dolorosi accennati.

La prognosi (P. Moquet, *Thèses de Montpellier e Journ. d. Praticiens* 5 marzo 1921) è grave, poichè la trombosi arteriosa termina con la gangrena, ad azione infettante. È indicato il trattamento chirurgico, da farsi quando lo stato generale del malato permette l'intervento.

Vi si aggiungono le applicazioni di aria calda, che si sono dimostrate utili nel trattamento delle gangrene da disturbi circolatorii.

fil.

La paralisi del ricorrente nella stenosi mitralica.

L'associazione della paralisi del ricorrente alla stenosi mitralica è stata attribuita da Ortner ad una compressione del ricorrente sinistro per dilatazione dell'orecchietta sinistra; altri autori ne riponevano la causa in una mediastinite. L. Gallavardin e A. Devèc (*Journal de médecine de Lyon,* 20 dicembre 1920) riportano un'osservazione di una malattia mitralica giunta alla fase di scompenso, in cui il timbro bitonale diveniva evidente soltanto quando la voce era un po' forte; ciò che era più strano era l'ineguaglianza dei due polsi radiali. All'autopsia si riscontrò che la scarsa dilatazione dell'orecchietta sinistra non poteva spiegare la paralisi del ricorrente. La dissezione del vago e del ricorrente sinistro dimostrò un certo inspessimento del tessuto cellulare e la vicinanza di un ganglio antracosico un poco aderente al punto di emergenza del ricorrente stesso. Mancava una mediastinite manifesta. L'ineguaglianza dei due polsi rimane inesplicata non essendovi nè restringimento nè compressione della succlavia sinistra. Trattavasi probabilmente d'una paralisi del ricorrente in un individuo mitralico, senza che fra i due fatti vi fosse connessione. *fil.*

La morte da digitale.

La digitale ad alta dose terapeutica (e come tale si deve comprendere la somministrazione giornaliera di oltre dieci gocce della soluzione di digitalina cristallizzata a 1/1000, ossia 2/10 di milligrammo) espone a due sorta d'incidenti gravi: quelli immediati, per morte improvvisa, dovuta per lo più a spostamento di un coagulo e quelli lontani per esaurimento rapido della contrattilità cardiaca. Vi sono invece autori che arrivano a prescrivere 30-35 gocce per tre giorni e 20-25 in altri tre giorni consecutivi, pratica che espone a serî pericoli, sui quali R. Lutembacher ha richiamato recentemente l'attenzione. Egli cita il caso di un mitrale asistolico in cui al terzo giorno di una cura digitalinica (complessivamente 50 gocce) il cuore presentò contrazioni lente e vigorose; la diuresi era abbondante: si ebbe morte improvvisa: all'autopsia si riscontrò un grosso coagulo fibrinoso incastrato nell'orificio tricuspidale. In un altro individuo con stenosi aortica ed insufficienza mitrale, dopo la somministrazione di 40 gocce in 2 giorni, si ebbe morte improvvisa, ed all'autopsia si trovò un coagulo fra le valvole sigmoidi. Anche l'uabaina presenta gli stessi pericoli.

In complesso dunque i tonici cardiaci debbono essere maneggiati con circospezione, non oltrepassando le dieci gocce al giorno per la digitalina ed 1/4 di mg. per l'uabaina. Ben presto la medicazione cessa di produrre il suo effetto e, se negli ospedali non se ne vedono le conseguenze, perchè gli ammalati abbandonano la sala in migliori condizioni, le cose vanno altrimenti nella pratica civile, in cui gli effetti lontani possono più agevolmente venire rilevati. Con le dosi deboli, il riposo a letto, la teobromina ed il regime di riduzione, i cardiaci si rimettono meglio e per più lunghi periodi di tempo. (*Journal des Praticiens,* 26 marzo 1921).

r. s.

Azione comparativa della tintura e dell'infuso di digitale.

È tuttora controversa la questione se queste due preparazioni farmaceutiche di digitale abbiano lo stesso effetto. S. Weiss e R. A. Hatcher (*Journ. am. med. ass.,* 19 febbraio 1921) hanno fatto in proposito numerose ricerche sperimentali, da cui risulta che, in realtà il processo usato per preparare la tintura, estrae tutti i principi attivi solubili in acqua. Per quanto riguarda i corpi analoghi alla saponina (digitonina e digitosaponina) privi di azione terapeutica, ma invece forniti di quella tossica, non v'è differenza fra l'infuso e la tintura preparati con ugual peso di foglie: comunque essi, nella dose terapeutica di digitale, entrano in quantità troppo scarsa per poter dare effetti non desiderati.

Nella preparazione dell'infuso, col metodo della farmacopea degli Stati Uniti (500 cmc. di acqua bollente su 15 g. di foglie polverizzate: lasciare un'ora, filtrare, e aggiungere 500 cmc. di acqua di cannella) non si estraggono tutti i principi attivi; quindi la titolazione di questi nelle foglie non garantirebbe l'uniformità del contenuto nell'infuso. Con il metodo degli AA., invece (g. 10 di polvere passata a traverso uno staccio n. 60: acqua bollente un litro; lasciare per un'ora in bagnomaria bollente, agitando, aggiungendo l'acqua perduta per evaporazione: filtrare a caldo se si vuol mantenere sterile la soluzione) vengono estratti tutti i principi attivi, e si ha una preparazione in cui questi si trovano in una diluizione, giusto 10 volte maggiore che nella tintura. Nessuna differenza si è riscontrata fra le azioni di questa e quelle dell'infuso: ambedue le preparazioni possono dunque essere usate indifferentemente.

Un infuso di digitale, preparato nel modo anzidetto e tenuto in bottiglie completamente piene ed ermeticamente chiuse, ha mantenuto affatto inalterata la sua attività, per due anni e mezzo, come si è potuto dimostrare con espe-

rimenti sugli animali e con gli effetti terapeutici sull'uomo.

[La Farmacopea italiana prescrive la polverizzazione delle foglie, fino a passare per uno staccio con maglie di 1/30 di cm. di lato; sopra un grammo di polvere si versano 100 cmc. di acqua bollente; si lascia coperto per 15', poi si cola.

La Farmacopea militare prescrive che la polvere sia più fina (staccio con maglie da 1/40 di cm.); sopra 1 g. di tale polvere versa 100 cmc. di acqua a 70° e lascia in infusione per un'ora.

Per quanto riguarda la preparazione della tintura la Farmacopea ufficiale prescrive 10 g. di polvere per 100 di colatura (alcool a 70°); quella militare 100 g. di polv. per 1150 di alcool a 70°, in modo da ottenere 1000 cmc. di colatura. Come si vede, non si può ottenere l'accordo su argomenti tanto semplici, nemmeno nella stessa nazione, accordo che sarebbe pure necessario, perchè il medico conoscesse il reale valore dei medicamenti che prescrive. — *N. d. Redat.*].

fil.

La Chinidina nelle aritmie cardiache.

Fino a questi ultimi tempi la cura di queste irregolari manifestazioni dell'attività cardiaca è stata identica a quella delle malattie organiche del cuore, e la digitale ha occupato un posto preminente.

Il Wenchebach caldamente raccomandò la stricnina in piccole dosi nell'extrasistole. La Tintura di Strofanto in piccola quantità è ancora molto comune. La Chinina si è mostrata utile nelle ondulazioni cardiache. Però non ha corrisposto sempre. Si sono allora studiati i vari alcaloidi della corteccia di China. Prima il Wenchebach, poi il Frey, e quindi il Vetlesen (*Medical Review*, gennaio 1921) hanno specialmente richiamata l'attenzione sulla Chinidina. Altri autori hanno anche ammesso l'utilità della sostituzione della Chinidina alla Chinina, pur facendo notare che non di rado si risvegliano delle idiosincrasie punto piacevoli. È su di sè stesso che l'A. ha provata la Chinidina con perfetto controllo come se si trattasse di un esperimento. All'età di 60 anni cominciò a soffrire di attacchi, che insorgevano rapidamente, senza sintomi prodromici, della durata di pochi secondi fino a quella di varii giorni, i quali consistevano in un senso di vibrazione, di ruzzolamento, o di lieve sollevamento sotto lo sterno. L'azione del cuore diveniva tumultuosa. Era una sensazione angosciosa di colpi di pugno contro la parete toracica, come se una serie di piccole e irregolari esplosioni colà avessero luogo. Perfino le persone vicine alle volte le sentivano. Obbiettivamente con l'autoascoltazione l'A. non rilevò suoni particolari nell'aia cardiaca. Il polso rapido (135-145); la pressione sanguigna tra 110 e 118; il polso non corrispondeva all'itto cardiaco; l'esame obbiettivo di altri medici nulla riscontrava. V'era senso di oppressione specie nel montare le scale, fame di aria, inspirazioni lamentevoli specialmente la notte, ma nessun senso di ambascia come nell'angina. Il decubito sinistro era impossibile. Non edemi nè altri segni di stasi. Un certo grado di poliuria, o di pollachiuria durante gli attacchi, che cedevano non con quella rapidità che ne caratterizzava l'inizio. Nell'anamnesi nulla in quanto a reumatismo, a sifilide, a sepsi; alcuni attacchi d'influenza, che non mostrarono mai localizzazioni cardiache, più poi una comune arteriosclerosi e forte surménage. Egli aveva preso l'arsenico, la chinina, l'acido cloridrico, l'ioduro di potassio, la diuretina, la scilla, la digitale, lo strofanto, ma nulla giovò. Un lieve giovamento fu dato dall'atropina. Volle, sfiduciato di tutto, provare il Solfato di Chinidina in pillole da dieci centigrammi, da 2 a 8 al giorno. Provò nausea, cefalea, colica intestinale, tenesmo, brividi, stanchezza generale, durante la cura, ma fu costante e gli attacchi sin dal principio furono alleviati, finchè di mano in mano cessarono completamente.

La dose migliore, secondo l'A., è di sei pillole al giorno, due per volta, per diminuire poi gradatamente dopo un paio di giorni.

N. Gentile.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA

Funzione della muscolatura venosa nelle surrenali dell'uomo.

(R. Maresch. *Wien. Klin. Wochenschrift*, n. 5, anno 1921).

Il tronco della vena surrenale contiene nella sua parete numerosi fascetti di cellule muscolari lisce decorrenti in senso longitudinale: dall'ilo in poi questi fascetti confluiscono in una poderosa tunica muscolare. Il tessuto muscolare si estende dalla vena centrale a tutti i rami venosi secondari, dove però esso forma, in luogo di una tunica unita, dei grossi tralci longitudinali: questi tralci si assottigliano nell'ulteriore decorso dei vasi e si perdono alla fine irradiando nello stroma dell'organo. Delle venuzze composte quasi soltanto da uno strato endoteliale perforano gli strati di fibre muscolari o passano fra un tralcio e l'altro: in tutti e due i casi queste venuzze vengono compresse od occluse in seguito ad una contrazione delle fibre musco-

lari. Una contrazione della muscolatura venosa delle surrenali avrebbe così per effetto la stasi venosa, ciò che permetterebbe al sangue di saturarsi dei prodotti endocrini. L'A. ritiene inoltre che la contrazione della muscolatura liscia provochi una compressione delle surrenali verso la vena centrale e l'ilo, spremendone in tal caso i prodotti della secrezione interna. Esperimenti eseguiti con surrenali di cavie sembrano confermare questa supposizione.

La funzione della muscolatura venosa delle surrenali sarebbe dunque quella di far pervenire nella circolazione in un momento determinato maggior quantità di ormoni.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1353) *Rimozione delle incrostazioni di sali calcari da caldaie, vasche.* All'abb. n. 5566.

Se lo strato incrostante è di un certo spessore (come si verifica p. e. nelle caldaie delle cucine economiche), è consigliabile battere pazientemente all'esterno, in corrispondenza della superficie incrostata, con un martellino, e si vedrà staccarsi lo strato in pezzetti. Se trattasi invece di piccolo spessore e la vasca è smaltata, come nel suo caso, vi versi dell'acido cloridrico diluito a 1/3-1/4, evitando che venga eventualmente in contatto con parti non coperte da smalto (foro d'uscita, catenella del tappo); il contatto con l'acido non deve durare troppo a lungo, e sarà bene aiutare meccanicamente l'asportazione, risciacquando poi abbondantemente.

fil.

(1354) Al dott. T.:

A parte il corso dell'Istituto Stomatologico di Milano, Ella può chiedere informazioni per Bologna al prof. Arturo Beretta, via d'Azeglio 15; per Roma al prof. Angelo Chiavaro, via Vittorio Veneto 51; per Napoli al prof. Amedeo Perna, via Sistina 20, Roma.

Informazioni per un'ottima scuola di Berlino può avere dal prof. dott. Dieck, 113 Postdamerstrasse, Villa 3, Berlin W.

A Parigi sono consigliabili l'*École Française de Stomatologie*, 20 Passage Dauphin, e l'*École Dentaire de Paris*, 45 Rue de la Tour d'Auvergne.

PIPERNO.

VARIA

La malattia n. 9.

La stampa quotidiana di Parigi ebbe ad occuparsi, tempo addietro, di una misteriosa malattia contagiosa, gravissima, che colpiva in specie gl'immigrati dall'Europa Orientale (Polonia, Russia). Il sen. Gaudin de Villaine presentò un'interpellanza al Senato per invocare un po' di luce e delle misure efficaci; prese la parola in quell'occasione il sen. dottor Merlin; il ministro dell'igiene assicurò che si erano adottate misure razionali e, tra l'altro, create squadre sanitarie mobili. Anche il Consiglio Municipale di Parigi procedette al risanamento dei focolai manifestatisi e nominò alcune Commissioni consultive, esecutive e di vigilanza.

Sottoposti i casi all'Istituto Pasteur, si accertò che la malattia n. 9 (così chiamata, pare, dal numero del padiglione di un ospedale, ove furono ricoverati i primi casi) non era altro che la peste bubbonica; i casi non sarebbero stati importati dall'Oriente, ma dall'Inghilterra, col carbone popolato da ratti appestati: secondo il «Matin», in vari porti inglesi i ratti sarebbero infestati ed un caso di peste umana sarebbe stato ufficialmente dichiarato a Dublino.

Nei mesi di giugno e luglio 1920 si sarebbero avuti, a Parigi, 150 casi; poi l'epidemia si andò attenuando: in novembre i casi erano ridotti a pochissimi ed ora la malattia sembra interamente scomparsa.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Verso un Sindacato Medico?

La classe medica italiana si mostra da qualche tempo inquieta più dell'usato e sembra cercare nel buio il famoso punto «*ubi consistam*». Il grosso affare dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, grave incognita ancora per tutti, tiene di malumore specialmente i medici liberi esercenti; l'esasperazione delle competizioni politiche nel breve cerchio dei Comuni, nelle quali sono in gioco più spesso le persone che le idee, non lascia tranquilli i medici condotti; medici spedalieri, medici manicomiali, medici infortunisti, medici ferroviari.... hanno tutti la sensazione di prossime lotte e vanno accarezzando l'idea di stringere i legami di casta in un'organizzazione sindacale.

Prima del 1910 la classe medica si agitava chiedendo nei Congressi e colla Stampa che il Governo mantenesse la promessa di promulgare la legge sugli Ordini medici, che doveva essere la panacea risanatrice; venuta questa, insieme al Regolamento, cominciarono le delusioni e la classe attribuì ingiustamente agli Ordini i propri difetti e i propri torti.

***

E così oggi si parla, o meglio si discute, con insistenza sull'opportunità di costituire un Sindacato Medico Italiano, non essendo concordi le opinioni: alcuni di noi sono contrari a qualsiasi forma di sindacato, altri sono favorevoli a dare funzioni sindacali agli Ordini, altri vorrebbero i Sindacati indipendenti dagli Ordini.

Io penso che l'Ordine dei Medici possa assumere, senza ledere la legge, azione nettamente sindacale; anzi sostengo che esso è un Sindacato perfetto perchè riunisce in un solo fascio apolitico tutte le varie e numerose categorie di medici e sostengo che il suo Consiglio d'amministrazione, quando sia composto in modo equo e proporzionale, può, se lo vuole, tutelare con ogni mezzo gli interessi materiali e morali di tutta la classe, di ogni categoria e di ogni singolo componente.

C'è forse qualche disposizione di legge che vieti ciò? Quale disposizione invece è più comprensiva, più efficace di quella che attualmente attribuisce al Consiglio amministrativo anche la funzione di *vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine?* (Articolo 8 della legge 10 luglio 1910, n. 455).

Il decoro e l'indipendenza dell'Ordine possono venire lesi dal contegno di qualche medico o di qualche categoria di medici, ed in tal caso ci sono le sanzioni disciplinari ben fissate dalla legge; o possono venir lesi, il che avviene più spesso, da enti privati o da pubbliche amministrazioni con l'aprire concorsi indecorosi per condizioni giuridiche o di stipendio, o coll'esercitare sopraffazioni ed ingiustizie, od in cento altri modi, ed in tali casi appunto, poichè la legge non gli limita i mezzi di difesa, il Consiglio d'amministrazione può ricorrere a tutte quelle armi proprie dei Sindacati, salvo rimanendo, ben s'intende, il supremo diritto dei malati, che per noi in ogni caso deve essere considerato *sacro* ed *inviolabile*.

Ma penso anche che qualunque organizzazione, sia questa formata a tipo sindacale o no, per poter essere vitale deve essere ben sicura dell'obbedienza, del senso di solidarietà e di giustizia di tutti indistintamente i suoi componenti.

Può la classe medica porsi ad esempio di obbedienza e di solidarietà?... Francamente non lo credo: purtroppo una debolezza della classe consiste nelle abitudini ipercritiche della nostra mentalità, che fa di ogni singolo un ribelle, che è lodevole e preziosa in un certo senso, ma che è esiziale nel campo dell'organizzazione. Ed allora è proprio il caso di consigliare: *medice cura te ipsum*.

***

Ben vengano dunque gli Ordini a direttive sindacali come augurò anche il Congresso della Federazione degli Ordini a Roma nel novembre scorso; ma non però, aggiungo io, coi vecchi criteri di *casta* che fino ad ora imprigionarono la nostra classe in una agitazione quasi esclusivamente corporativistica.

Gli Ordini, che riuniscono tutti gli esercenti, dal professore di Clinica al più umile medico condotto, si esauriscono quasi tutti in una sterile funzione burocratica, assentandosi troppo spesso dalle correnti della vita pubblica, disinteressandosi o interessandosi parcamente dei grandi problemi igienici e sociali che agitano il paese.

Ma il difetto non è nella costituzione della massima nostra organizzazione; ma è tutto nostro, tutto della nostra classe che, pur essendo altamente intellettuale, sembra dimenticare di essere una parte della grande famiglia dei lavoratori e talora tra i più sfruttati; sembra dimenticare che la nostra missione, pu-

ramente umanitaria, va al di sopra d'ogni partito, d'ogni bandiera, e che trasportata dal campo della scienza o della pratica professionale a quello sociale, vuole essere essenzialmente educatrice e pacificatrice.

Nessuno più di noi medici vive a diretto e diuturno contatto col popolo, nessuno meglio di noi ne può conoscere le sofferenze e le manchevolezze; ma quanto ha fatto e fa la classe medica per la cultura e l'educazione popolare e per la medicina sociale? Poco, troppo poco.

Coloro che sono al sommo della vetta occupati nella ricerca scientifica o nei fasti della professione altamente rimuneratrice si chiudono come in un tempio inviolabile; coloro, che veri paria della professione, sgambettano dalla mattina alla sera, troppo spesso fasciano anima e mente nel più dannoso scetticismo.

Qualche idealista va però ancora solitario verso la propria mèta; ma pochi lo seguono, lo aiutano e lo sorreggono.

Dott. ADELCHI ZAMBLER.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(8867) *Incarichi provvisorii di Ufficiali sanitarii.* — Dott. F. M. da V. — La facoltà accordata ai Prefetti di conferire incarichi provvisorii per esercitare le funzioni di ufficiale sanitario è scaduta col 31 dicembre 1911 come è tassativamente prescritto dal D. Reale del 23 marzo 1911, n. 295, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 15 aprile 1911, n. 89, con il quale fu prorogato, per l'ultima volta e fino alla suindicata data, il termine stabilito nell'art. 111 del Regolamento approvato con Decreto reale del 19 luglio 1906, n. 466.

(8868) *Segreto professionale.* — Dott. P. P. da M. — La richiesta fatta da una fidanzata al medico curante di conoscere le eventuali infermità, di cui fosse affetto il suo futuro sposo, non riteniamo che sia una giusta causa per venir meno al segreto professionale.

(8869) *Indennità - Ricchezza mobile.* — Dott. C. S. da B. — Dal momento che fu pattuita la indennità di lire 3500, tal somma dovea il Comune corrisponderle e non di meno, detraendo la ricchezza mobile, che dovea rimanere a suo carico; la domanda di rimborso è, in ogni modo, illegale perchè poggiata sulla *condictio indebiti,* che nel caso non esiste, in quanto che si è incassata la intera somma con la piena coscienza di averla, nella misura ed entità per cui fu accettata. Se il Comune non avesse inteso assumere l'onere della R. M. avrebbe dovuto in tal caso dirlo esplicitamente.

Doctor JUSTITIA.

Concorsi. — Al dott. S. A. — Il nostro giornale, data la sua fortissima tiratura, dev'essere impaginato e andare in macchina almeno una settimana prima della data di pubblicazione; quindi gli annunzi di concorsi debbono pervenirci con almeno 8-10 giorni di anticipo.

L. P.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuiamo l'elenco delle sovvenzioni che il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza Malarici — ha concesso ai Sanitari a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici, durante il 2° semestre 1920, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

27. Provincia di *Potenza*: Dott. Jannello Francescantonio, del Comune di Avigliano, L. 500 — Dott. Pasquarilli Michele, del Comune di Marsiconuovo, L. 500 — Dott. Ferri Francesco, del Comune di Bernalda, L. 350 — Dott. Pittella Oreste, del Comune di Lancia, L. 350 — Dott. Burza Giuseppe, del Comune di Maratea, L. 350 — Dottor D'Alessandro Giustino, del Comune di Palazzo S. Gervasio, L. 350 — Dott. Grimaldi Edoardo, del Comune di Palmira, L. 350 — Dott. Pascale Carmine del Comune di Sotriano di Lucania, lire 350 — Dott. Romano Tommaso, del Comune di Tursi, L. 350 — Dott. Carone Raffaele, del Comune di Brienza, L. 250 — Dott. Cherubini Domenico, del Comune di Genzano, L. 250 — Dottor Dimella Paolo, del Comune di Maschito, lire 250 — Dott. Paganiello Raffaele, del Comune di Melfi, L. 250 — Dott. Miglionico Gabriele, del Comune di Molitemo, L. 250 — Dott. Coronati Vincenzo, del Comune di Montalbano Jonico, lire 250 — Dott. Santarcangelo Giuseppe, del Comune di Novasiri, L. 250 — Dott. Araneo Francesco, del Comune di Pescopagano, L. 250 — Dottor Gilio Giuseppe, del Comune di Potenza, L. 250 — Dott. Laureano Stefano, del Comune di Rapollo, L. 250 — Dott. Mininni Carmine, del Comune di Rapacandida L. 250 — Dott. Della Ratta Giacomo, del Comune di Senise, L. 250 — Dott. Tito Macario, del Comune di S. Giorgio Lucano, L. 250 — Dott. Ventimiglia Angelo, del Comune di S. Severino Lucano, L. 250 — Dott. Salomone Giuseppe, del Comune di Stigliano, L. 250 — Dott. Giani Donato, del Comune di Tramutola, L. 250 — Dottor Intaglietta Michele, del Comune di Venosa, L. 250 — Dott. Verga Natale, del Comune di Abriola, L. 150 — Dott. De Maria Giovanni, del Comune di Accettura, L. 150 — Dott. Pietragalla Francesco, del Comune di Acerenza, L. 150 — Dottor De Grazia Gerardo, del Comune di Albano di Lucania, L. 150 — Dott. Mele Giuseppe, del Comune di Aliano, L. 150 — Dott. Di Silvia Giambattista, del Comune di Anzi, L. 150 — Dottor Dennua Filippo, del Comune di Armento, L. 150 — Dott. Bellini Pasquale, del Comune di Atella, L. 150 — Dott. Coluzzi Luigi, del Comune di Banzi, L. 150 — Dott. Cinone Domenico, del Comune di Balvano, L. 150 — Dott. Bozza Emilio, del Comune di Barile, L. 150 — Dott. Jura Vincenzo, del Comune di Baragiano, L. 150 — Dott. Sansone Vito, del Comune di Bella, L. 150 — Dottor Fanelli Prospero, del Comune di Brindisi di M.ª, L. 150 — Dott. Chimazzo Francesco, del Comune di Calciano, L. 150 — Dott. Mobilio Giovanni, del Comune di Calvera, L. 150 — Dott. Jannibelli Paolo, del Comune di Episcopia, L. 150 — Dottor Lisanti Angelo, del Comune di Ferrandina, L. 150 — Dott. Pelosi Giovanni, del Comune di Castelluccio Superiore, L. 150 — Dott. Lardo Giuseppe, del Comune di Castelsaraceno, L. 150 — Dottor Paccara Camillo, del Comune di Castronuovo S. Andrea, L. 150 — Dott. Simeone Gennaro, del Comune di Colobraro, L. 150 — Dott. Caporale Giuseppe, del Comune di Corleto Perticara, L. 150.

(*Continua*).

CONCORSI.

ADRO (*Brescia*). — A tutto il 30 giugno; L. 7500 fino a 1000 poveri, L. 1000 per l'Ospedale, L. 360 quale uff. san., L. 500 per mezzo trasp., addizionale di L. 2 oltre 1000 poveri e L. 4 oltre 2000, due caro-viv., 5 quinquenni del decimo sullo stipendio residenziale. Chiedere annunzio.

ANCONA. *Ospedale Civile «Umberto I»*. — Cercasi un assistente. Servizio biennale, dopo due mesi di prova: un anno in Medicina ed uno in Chirurgia. Si preferiscono i laureati di recente. Inviare domanda e titoli alla Direzione dell'Ospedale. Stipendio lordo annuo L. 4305, compresi i caro-viveri, oltre alloggio e vitto tutti i giorni dentro l'Istituto e qualche incerto.

ARDENNO 2ª (*Sondrio*). — Stipendio residenziale L. 5250; indenn. trasferta L. 900; cavalc. L. 2000; doppio caro-viv. Scad. 30 giugno.

BAISO (*Reggio Emilia*). — Per S. Cacciano L. 6500 oltre L. 2500 p. cav. Scad. 12 luglio.

BIBIANA (*Torino*). — Popolaz. 3580; stipendio L. 4200; uff. san. L. 600; mezzi di trasp. L. 500; indennità alloggio L. 100; caro-viveri; quinquenni. Scad. 27 giugno.

BORGIA (*Catanzaro*). — L. 4000 pei pov. Scadenza 6 luglio.

BORNO (*Brescia*). — Scad. 10 luglio; L. 5000 e quinquenni come da capitolato-tipo, L. 1500 per condotta disagiata, L. 500 quale uff. san., L. 2000 per mezzo di trasp., due caro-viv., L. 7500 per la popolazione oltre i 1000 poveri.

CAPOLONA (*Arezzo*). — A tutto il 15 luglio; L. 9000 pei pov., L. 500 quale uff. san., caro-viv., L. 2000 per cav., quattro quinquenni del decimo. Chiedere annunzio.

CARIGNANO (*Torino*). — Popolaz. 7000; stipendio L. 4000 per 300 poveri; L. 3 per ogni povero in più; caro-viveri; aumenti quinquennali. Capitolato-tipo della Provincia. Scad. 30 giugno.

CASTIGLION FIORENTINO (*Arezzo*). — Al 15 luglio per Valle di Chio; L. 6000, due caro-viv., L. 2000 per vettura, L. 500 mensili provvisoriam. per gli abbienti.

CITERNA (*Perugia*). — L. 6000 per 1000 pov., addizionale L. 2, L. 2000 per cav., L. 300 per uff. san., 4 quinquenni del decimo, due c.-v. Scad. 10 luglio.

CIVITELLA DELLA CHIANA (*Arezzo*). — Scad. 7 luglio; L. 6000 oltre L. 100 mensili di c.-v., L. 2000 per cav., 4 quinquenni del decimo. (In corso aumento a L. 9000 resid., 3000 cav. e seconda inden. c.-v.).

ERBUSCO (*Brescia*). — L. 5000 p. pov., due c.-v., 5 quinquenni di L. 500 a partire dal terzo anno, L. 410 quale uff. san., L. 600 trasp. Scad. 7 luglio.

FORMELLO (*Roma*). — L. 7500 per 500 poveri; L. 1.50 addizionale; L. 300 per uff. san.; L. 500 per disag. resid.; caro-viv.; abitaz.; provvisoriam. L. 1200 per arm. farm. Chiedere annunzio. Scadenza 10 luglio.

GROSSETO. — *Congregazione di Carità - Amministrazione del R. Spedale della Misericordia.* — A tutto il 15 luglio 1921 è prorogato il tempo utile per la presentazione dei documenti da parte di quei Sanitari che intendessero partecipare al concorso ai posti di Aiuto Medico e di Aiuto Chirurgo presso l'Ospedale.

IMOLA (*Bologna*) - *Congregazione di Carità.* — Medico Primario Direttore dell'Ospedale Civile; L. 9500, aumenti periodici di L. 200, due c.-v. Scadenza 30 giugno.

MEGLIADINO S. VITALE (*Padova*). — L. 6000 per 1000 pov., addizion. L. 2, L. 300 per uff. san., L. 1700 trasp., ecc. Scad. 30 giugno.

MIGLIERINA (*Catanzaro*). — Poveri, L. 4000 con 5 quadrienni del decimo; addizionale L. 10 per ogni famiglia in più delle 300; uff. san. L. 500. Scadenza 20 agosto.

MONTEPRANDONE (*Ascoli*). — 1ª cond.; L. 7000 per 1000 pov., addiz. L. 2.50, due c.-v., L. 500 per uff. san., L. 3000 per cav., 10 bienni del ventes. Scadenza 30 giugno.

PALMIRA (*Potenza*). — Poveri, L. 4500; quale uff. san. L. 500; indenn. caro-viv.; età non inferiore agli anni 40. Scad. 15 luglio.

PIENZA (*Siena*). — Scadenza 15 luglio; seconda condotta residenziale L. 5000; ventesimi per otto trienni; L. 3000 indennità cav.; L. 400 per uff. san. Doppio caro-viveri.

PROCENO (*Roma*). — L. 7000 per 1500 pov., L. 4000 per cav., 5 quadrienni del decimo, L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., L. 200 arm. farmaceutico. Scad. 15 luglio.

QUITTENGO (*Novara*). — Consorzio con S. Paolo in Cervo; L. 6000 per 100 pov. circa, L. 500 uff. san., L. 1500 mezzi trasp., c.-v. Scad. 30 giugno.

S. MARIA A MONTE (*Firenze*). — Per Montecavoli; L. 6000 e 8 trienni del decimo, L. 2000 per cav. (aumento in corso a L. 4000); due c.-v. Scad. 5 lug.

S. MAURO IN ROMAGNA (*Forlì*). — L. 8000 per 1000 pov., addiz. L. 2, L. 2500 cav., L. 500 uff. san., 10 bienni del ventesimo, casa e orto. Scad. 6 luglio.

SPARONE (*Torino*). — Consorzio con Ribordone; stip. compl. L. 6500; caro-viveri; quinquenni. Capitolato-tipo della Provincia. Scad. 30 giugno.

STROPINO (*Novara*). — Consorzio; L. 4000 residenziali e L. 1000 per uff. san. Casa con giardino. Scad. 30 giugno.

VALDUGGIO (*Novara*). — L. 4000 e addiz. di L. 3-4 oltre i 300 pov., L. 500 per uff. san. Scad. 30 giug.

VAPRIO D'ADDA (*Milano*). — L. 6000 residenziali; L. 2000 pei pov., L. 500 uff. san., L. 500 direz. Ospedale; due c.-v., età limite 43. Scad. 5 luglio.

ZERI (*Massa e Carrara*). — L. 7000 oltre L. 1500 per cav., quinquenni, ecc. Scad. 5 luglio.

Combinasi per 2-3 mesi cambiamento con collega non giovane di sede in alta montagna Tre Venezie, cedendo ambulatorio avviato malattie interne ed eventualmente appartamento.

Medico lunga pratica ospedaliera cerca interinato remunerativo dal 15 luglio al 15 ottobre. Rivolgersi: Sig. Gentile Ludovico, Viale Principessa Margherita, n. 119, Roma.

Giovane medico-chirurgo dentista, testè diplomato alla Scuola Francese di Stomatologia di Parigi, si occuperebbe presso provetto collega in Roma o altra città. Scrivere: Arnaldo Pozzi, via Sistina 20 - Roma.

Medico giovane con pratica ospedaliera e clinica accetta interinato in qualunque regione. Scri-

vere precisando condizioni d'offerta alla Farmacia Giovannini del Quirinale, via XXIV Maggio, Roma.

Medico è disposto fare breve interinato nella Venezia Giulia, preferiti dintorni di Cormons, ove è stato durante la guerra. Scrivere: Dott. M. A., via Olmetto, 4 - Milano.

Cercasi medico-chirurgo desideroso assumere il servizio di condotta a Bolsena durante il mese di luglio (dal 1° al 31) in sostituzione del titolare in congedo mensile. Staz. ferr. Montefiascone - Bagni - Villeggiatura. Rivolgersi al Sindaco o all'Uff. sanitario.

Medico-chirurgo-ostetrico, oltre sei anni pratica, di cui due in Reparti ospitalieri di chirurgia ed ostetricia, disposto accettare interinato condotta provincia Firenze, Lucca, Pisa per periodo non inferiore mesi cinque. Scrivere: Libretto porto d'armi 808291. Fermo posta, Montecatini Bagni (Lucca).

Diffide.

Nuove diffide: Quittengo-S. Paolo Cervo (Novara), Porto S. Giorgio (Ascoli), Borno e Pian di Borno (Brescia).

La Sez. di Cecina (Pisa) dell'A. N. M. C. diffida tutti i concorsi della zona che non rispondono a queste condiz.: residenziali L. 8000 minime, addizionale L. 3, per cavallo L. 4000, due c.-v.; interinati a L. 80 al giorno.

Revoca di diffide: Monteprandone, Stropino, Gozzone.

Ufficio di collocamento nel Veneto.

L'Ufficio di collocamento per la regione Veneta è stato costituito sotto la direzione del collega dott. Camurri (piazza Mazzini, 12 - Padova). Di esso fa parte integrante anche l'Ufficio di collocamento del Comitato tra laureati e laureandi in Medicina presso la Clinica medica di Padova.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Francesco Pagano, capitano medico, da tre anni presso la Direzione del Servizio Sanitario Militare, con recente decreto è stato nominato Cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

Al collega egregio, che del «Policlinico» fu per molto tempo valoroso collaboratore, le nostre cordiali congratulazioni.

Il prof. cav. Cesare Ortali, docente di Patologia medica nella R. Università di Roma, già decorato della medaglia d'argento della Croce Rossa, è stato insignito della Croce di guerra in riconoscimento dei servizî da lui prestati all'Esercito in zona di operazioni. (Decreto Ministeriale 4 marzo 1921, firmato dal Ministro Bonomi).

Il premio Fossati bandito dall'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere sull'importanza che le ferite di guerra hanno avuto per il progresso delle nostre conoscenze sul sistema nervoso è stato assegnato ai lavori dei proff. Sala e Verga sulle lesioni dei nervi periferici per ferite di arma da fuoco.

NOTIZIE DIVERSE.

Fusione della Facoltà Medica di Pavia con gl' Istitut Clinici di Milano.

Riportiamo i principali articoli della legge che stabilisce la detta fusione.

La Facoltà medico-chirurgica dell'Università di Pavia e gli Istituti clinici di perfezionamento di Milano formano una sola Facoltà, che ha nome «Facoltà medico-chirurgica e di perfezionamento»; i loro insegnanti sono membri dello stesso Corpo accademico: questa Facoltà medico-chirurgica ha i fini indicati negli articoli delle leggi sull'istruzione superiore, e in quelli del regolamento speciale per la Facoltà di medicina e chirurgia.

I Corsi liberi presso gli Istituti clinici di perfezionamento di Milano hanno carattere di Corsi di perfezionamento e per laureati; non hanno alcun effetto legale per i Corsi universitari della Facoltà medico-chirurgica, quando anche siano impartiti da insegnanti appartenenti a detta Facoltà. Essi hanno efficacia legale a dimostrazione nell'esercizio della libera docenza.

La Facoltà medico-chirurgica di Pavia e gli Istituti di perfezionamento debbono coordinare l'opera loro, per integrarla ed estenderla al fine di accrescere al più alto grado la coltura scientifica degli studi medici.

Resta mantenuta l'autonomia patrimoniale degli Istituti clinici di perfezionamento di Milano, i quali rimangono amministrati dal proprio Consiglio amministrativo, da cui dipenderà l'Economato degli Istituti stessi. I proventi delle tasse e sovratasse scolastiche rimangono separati; del Consiglio amministrativo fa parte, con voto consultivo, un professore ordinario degli Istituti di perfezionamento, nominato dalla Facoltà, fra due proposti dal Consiglio amministrativo degli Istituti di perfezionamento, nei quali, in rappresentanza del Preside della Facoltà, il nominato esercita la vigilanza sulla disciplina scolastica e cura l'osservanza del Regolamento; insieme con il Preside egli fa parte del Consiglio accademico dell'Università.

Tutte le altre attribuzioni del Consiglio della Facoltà medico-chirurgica di Pavia e del Consiglio direttivo degli Istituti clinici di perfezionamento di Milano sono devolute al Consiglio dell'unica Facoltà, che si aduna ordinariamente in Pavia, e rispettivamente al Preside della medesima e al Consiglio Accademico e al Rettore dell'Università di Pavia, dal quale dipenderà la Sezione Segreteria presso gli Istituti di perfezionamento. Il Consiglio dell'unica Facoltà si riunisce a Milano quando deve trattare argomenti che riguardano esclusivamente o principalmente gli Istituti Clinici di Milano.

Il 2° Congresso per le Industrie Sanitarie Italiane.

venne inaugurato a Parma il 16 corrente ed ha svolto i suoi lavori conformemente al programma annunziato; contemporaneamente hanno avuto luogo le Mostre. Ne daremo più ampia notizia in un prossimo numero.

Per gli ospedali e per l'assicurazione-malattie.

Gli onorevoli Giuffrida, Macchi e Saitta hanno presentato due interrogazioni: una al Ministro dell'Interno: «Se e quali provvedimenti intende adottare, con la necessaria urgenza, per risolvere o quanto meno alleviare la gravissima crisi nella quale si dibattono le istituzioni ospitaliere e di ricovero»; e un'altra al Ministro del Lavoro: «Se intende presentare alla Camera il promesso disegno di legge sull'assicurazione per le malattie».

La Federazione Nazionale dei Brefotrofi.

In seguito alle dimissioni del presidente sen. marchese Filippo Torrigiani e del vice-presidente prof. Giuseppe Tropeano, la Federazione Nazionale dei Brefotrofi si è sciolta.

L' Opera antitubercolare del Chietino.

L'Ordine dei Medici di Chieti ha raccolto tra i propri soci la somma di L. 7000 e l'ha devoluta a favore dell'Opera Pia antitubercolare della provincia. Questa nei mesi estivi prossimi istituirà, come l'anno scorso, nella Pineta di Pescara, una Colonia per figli di tubercolotici e per bambini deboli bisognosi della cura di mare, e si propone di fondare prossimamente anche un Ambulatorio antitubercolare e poi un Sanatorio.

Per le cure ai mutilati in Francia.

L'Unione Federale delle Associazioni dei mutilati ed invalidi di guerra è voluta intervenire nella lotta tra il Ministero delle Pensioni ed i medici; essa ha fatto pervenire all'Unione dei Sindacati medici le seguenti proposte: 1) cessazione della lotta; 2) tassazione provvisoria degli onorari medici secondo la cosiddetta tariffa Maginot per gli infortuni; 3) l'Unione federale dei mutilati, insieme a delegati dei Sindacati medici e del Ministero delle pensioni, procederà a stabilire una nuova tariffa, perchè riconosce che l'attuale non facilita la libera scelta, non comprende gli interventi chirurgici e trascura i servizi di controllo.

L'Unione dei Sindacati medici ha dichiarato di accettare la terza proposta, a condizione che la Commissione sia composta in parti eguali di medici, mutilati e delegati del Ministero e che abbia essenzialmente tre còmpiti: *a*) organizzazione di cure; *b*) organizzazione di un serio servizio di controllo; *c*) nomenclatura delle cure e della corrispondente tariffa. La Commissione inoltre dovrà attentamente esaminare il regolamento già emanato e risolvere la questione inerente alla libera scelta.

L'Unione dei Sindacati medici ha voluto nuovamente rilevare che il conflitto non è coi mutilati, ma col Ministero. Non sono i medici che hanno debiti coi mutilati, ma il Governo; e perciò i Sindacati medici non possono consentire nè che i debiti del Governo vengano fatti proprî dalla Unione Federale dei mutilati, nè che nell'attuale conflitto si sostituiscano i mutilati al Ministero delle Pensioni. Il Consiglio dell'Unione dei Sindacati medici ritiene che il Ministero delle Pensioni dovrebbe avere la capacità di risolvere, da solo, il conflitto di cui è stato la causa.

L' Università in Francia.

In una recente seduta, l'Assemblea generale degli insegnanti universitari di medicina francese ha proposto al Governo il seguente riordinamento. Corso preparatorio di fisica, chimica, zoologia e botanica sviluppato indipendentemente dalla Facoltà di scienze e adatto ai bisogni dei futuri medici; due anni di anatomia e fisiologia normali e patologiche, con esercitazioni; due anni di patologie speciali e di cliniche.

Il corso dovrebbe durare in tutto sei anni, più un semestre di perfezionamento.

L'Assemblea si è pronunziata contro l'abolizione delle tesi di laurea.

Per l'educazione fisica in Francia.

Il Senato e la Camera dei Deputati hanno approvato in Francia un progetto di legge sull'educazione fisica e sulla preparazione militare obbligatoria.

Una crisi al Ministero di Sanità Inglese.

Il dott. Christopher Addison, al quale, fin dalla fondazione, era stato affidato il Ministero di Sanità inglese e che pareva la persona più adatta a coprire il posto poichè aveva già diretto per lunghi anni il «Government Board», ha rassegnato le dimissioni.

Egli è venuto a trovarsi in gravissime difficoltà, a causa del suo vasto programma di costruzioni edilizie col concorso dello Stato; questo programma importava un aggravamento di tributi ed ha determinato una sollevazione generale dell'opinione pubblica. L'Addison è stato preso di mira da quasi tutta la stampa anche per altre sue iniziative, al punto da rendergli la vita impossibile. La perdita di sir Robert Morant, che era stato la mente organizzatrice del Ministero, ha pure molto contribuito a ridurre l'efficienza dei servizi.

Quale successore dell'Addison è stato nominato sir Alfred Mond, il quale non è un medico, ma un reputato uomo d'affari.

Un Ministero di Sanità in Australia.

Il Governo australiano ha deliberato la creazione di un Ministero di Sanità con un Dipartimento federale (i Dipartimenti integrano amministrativamente i Ministeri; corrispondono a grandi Direzioni generali). Compiti precipui del nuovo Dicastero saranno: promuovere l'igiene industriale, con speciale riguardo all'igiene mineraria; stabilire un sistema di laboratorî diagnostici; assumere la gestione dell'Istituto Australiano per le malattie tropicali e farne un centro di studî scientifici e di ricerche diagnostiche; organizzare delle campagne contro le malattie rurali ed in specie contro l'anchilostomiasi.

Gli Ospedali negli Stati Uniti.

Il *Journal of the American Medical Association* del 16 aprile 1921 ha raccolto i dati relativi a 6152 ospedali, sanatorî e altre istituzioni sanitarie degli Stati Uniti. Gli ospedali generali sono 4013 e contengono 311,159 letti, di cui solo 67 % occupati: in media un letto ogni 340 persone. La distribuzione è molto ineguale; in rapporto all'esten-

sione il minor numero di letti si ha nello Stato di Nevada; in rapporto alla popolazione si ha nel Mississippi; delle 3027 contee o circondari amministrativi che compongono gli Stati Uniti il 56 % non hanno ospedali.

Corso di perfezionamento in gastro-enterologia.

Presso l'Ospedale S. Antonio di Parigi avrà luogo una serie di conferenze sulle malattie dell'apparato digerente, nei giorni 11-18 luglio prossimo; ad ogni conferenza seguiranno delle esercitazioni pratiche.

Le conferenze saranno tenute dai proff. Bensaude, Félix Ramond e Le Noir.

Tassa d'iscrizione ai lavori pratici, 100 franchi. Per le iscrizioni rivolgersi al dott. Le Noir, Salle Arant (Hôpital St-Antoine, Paris).

Controllo dei termometri clinici in Germania.

Il Reichstag tedesco ha promulgata una legge che obbliga a far controllare dal «Physical Techn. Reichsanstalt» tutti i termometri destinati ad uso clinico.

Chiunque negozierà all'interno o tenterà di esportare all'estero termometri non controllati sarà passibile di una multa fino a cinquantamila marchi.

Nuova Università in Rumania.

A Cluj, in Transilvania, è stata istituita una nuova Università, con orientamento e personale insegnante in buona parte francese. La Facoltà ha chiamato dalla Francia Champy per l'istologia, Thomas per la chimica biologica, Guiart per la storia della medicina. Gli Istituti clinici sono di nuova costruzione. Recentemente il Governo Rumeno ha votato 50 milioni di «lei» per acquisto di materiale scientifico. Vi è una ricca biblioteca. Nel secondo semestre dell'anno in corso furono inscritti 2000 studenti.

Stazioni di spidocchiamento a Londra.

Si è iniziata a Londra una campagna energica ed efficace contro i pidocchi: si sono impiantate 25 stazioni di spidocchiamento. Sovratutto i bambini risultano infestati con relativa frequenza.

RASSEGNA DELLA STAMPA.

La Prensa Médica Argentina, 30 aprile. — R. M. GASTRIA. Vescica artificiale. — E. MOUCHET. Evoluzione del problema dell'afasia.

Studium, 20 maggio. — A. CARDARELLI. Ferita del cervello da proiettile e sue conseguenze. — G. SETZU. Il sondaggio duodenale. — F. FASARI-VOLARELLI. Azione degli alcali sulla cute.

Revista de Higiene, 30 aprile. — A. CORVETTO. Forme abortive della tubercolosi polmonare.

Annali di Odontologia, aprile. — O. GASPARRINI. Etiologia dei denti scritti, screziati, variopinti, tatuati, ecc.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 26 maggio. — NOBÉCOURT, M. LABRÉ. Obesità consecutiva all'encefalite letargica. — P. BENOIT. Sifilide del polmone. — J. MINET e R. LEGRAND. Forma localizzata cardiaca dell'eberthemia.

Rivista Ospedaliera, 30 aprile. — L. FICACCI. Particolare iperplasia dell'aponeurosi plantare nelle lesioni del nervo sciatico.

Bulletin de l'Académie de Médecine, 31 maggio. — LETULLE e BEZANÇON. La polmonite dissecante necrosica.

Rivista di Storia critica delle Scienze Mediche e Naturali, settembre-dicembre. — G. GIORDANO. Primo Congresso della Storia dell'arte di curare (Anversa, 7-12 agosto 1920).

Il Morgagni (Arch.), 31 maggio. — A. MUGGIA. Anomalia congenita vertebrale: sindrome clinica.

Berliner Klinische Wochenschrift, 6 giugno. — R. OHM. Il cosiddetto terzo tono. — J. TRANJEU e altri. Il rimedio Friedmann. — W. UTER. Necrosi dei tessuti da iniezioni di chinina-uretano.

La Riforma Medica, 11 giugno. — C. BESTA. Manifestazioni prodotte dalla pilorocarpina in casi di lesione cerebrale. — A. CASSUTO. Perinefrite sclero-adiposa. — E. BENVENUTI. Il cuore nei tubercolosi e tubercolo del miocardio.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1921 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *ed. resp.*